فى الصحة العقلية

الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية

دكتور
سعد جلال

١٩٧٠



دار المعارف بمصر

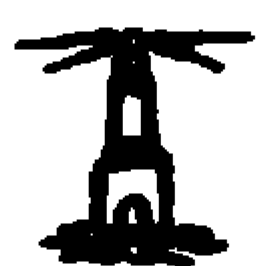
فى الصحة العقلية

الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية

دكتور
سعد جلال

١٩٧٠

توزيع



دار المعارف بمصر

مقدمة الكتاب

ظهر للمؤلف فى سنة ١٩٥٦ كتاب يحمل نفس إسم هـــذا الكتاب وكانت المكتبة العربية فى حاجة إليه فنفدت طبعته فى نفس العـــام الذى ظهرت فيه . وابتعد المؤلف فترة عن تدريس مادة الصحة العقلية ، واستوعب كثيراً من المادة التى كان يضمها الكتاب فى مؤلفاته الأخرى ، وتطورت المادة فى محتوياتها وإتجاهاتها ، فكان لزاما لإعادة طبع الكتاب أن يعاد النظر فى مادته فى ضوء التطورات التى تمت .

وهذا الكتاب وان كان ولا زال يحتفظ بعنوان الطبعة التى ظهرت بنفس الإسم إلا أنه يختلف عنها اختلافا تاما . ويمتاز هذا الكتاب بالمميزات التالية :

١ ـ تحقيق الإتجاهات التى رسمتها وترسمها لجنة خبراء الصحة العقلية التابعة لمنظمة الأمم المتحدة ، وسوف يلاحظ القارىء الإشارة المستمرة إلى منشورات هذه اللجنة منذ قيامها فى سنة ١٩٥٠ حتى وقتنا الحالى .

٢ ـ عرض أهم البحوث العلمية التى تمت فى الميدان حتى وقتنا الحالى لتعريف القارىء العربى بها خاصة المتخصصين لبيان مدى حاجتنا لمواكبة التطور العلمى فى الميدان .

٣ ـ روعى فى تبويب الكتاب وتصنيف مادته التبويب الذى تتبعه مجلة المستخرجات النفسية The Psyhological Abstracts التى تلخص شهريا البحوث التى تتم فى بلدان العالم فى ميدان الصحة العقلية والأمراض العقلية حتى يكون تصنيف الأمراض متفقا مع ما هو متعارف عليه عالميا .

٤ ـ سوف يلاحظ القارىء أن البحوث التى تمت الإشارة إليها قد أجريت فى دول مختلفة لها نشاط فى هذا الميدان سواء من الدول الشرقية أو الغربية أو النامية .

٥ - يبرز الكتاب لأول مرة فى المكتبة العربية فى هذا المجال وجهة النظر البافلوفية التى تعتنقها الدول الاشتراكية بجانب الإتجاهات السائدة فى العالم الغربى

وينقسم الكتاب إلى ثلاثة أقسام :

يضم القسم الأول عرضا تاريخيا للمرض العقلى من ناحية النظرة إلى هذه الأمراض ومن ناحية التطور الفكرى فى ميدان الطب العقلى ، والصحة العقلية ومبادئها وبرامجها والأولويات فى هذه البرامج ، ثم عرضا لأمراض العصاب النفسى وتفسيرها ، والذهان الوظيفى بأنواعه .

أما القسم الثانى فيضم الأمراض التفسجسمية والإضطرابات المصاحبة فى المخ ، والصرع ، والضعف العقــلى ، ثم الإضطرابات السلوكية : إدمان الخمر والمخدرات ، والإنتحار ، والجريمة وإنحراف الاحداث . والشذوذ الجنسى .

ويهتم القسم الثالث بالعوامل السببية طبقا لمفهوم بلوره الكاتب له مظاهر خمسة هى الأسرة ، والمجتمع ، والدين ، والحاجة إلى القوة ، والجنس .

وكنا نود إختتام الكتاب بقسم عن العــلاج النفسى غير أنى وجدت أن موضوع العلاج النفسى وقد أهمل فى العالم العربى يستحق تقديما وافيا فآثرت أن أفرد له مجلدا مستقلا سوف يظهر فى القريب .

والكتاب بهذا الشكل يسد حاجة طلبة كليات المعلمين ومعــاهد الخدمة الاجتماعية والطب والعاملين فى ميدان الرعاية الطبية والإجتماعية .

نسأل الله التوفيق ؟

دكتور سعد جلال

الاسكندرية - ينـاير سنة ١٩٧٠

الصفحة

القسم الأول

الباب الاول

المرض العقلي في الماضي والحاضر

الصفحة

الباب الثانى
الصحة العقلية

الصفحة

الباب الثالث

تصنيف الامراض النفسية والعقلية وأعراضها

الباب الرابع

العصاب النفسى

الصفحة

الصفحة

القسم الثانى

الباب السادس

الاضطرابات النفسجسمية

الصفحة

الباب السابع

الاضطرابات العضوية فى المخ ، والصرع ، والتأخر العقلى والشيخوخة

الصفحة

الصفحة

الباب الثامن

الانحرافات السلوكية

الجريمة ، وانحراف الأحداث ، والشذوذ الجنسى ، وادمان الخمر والمخدرات والانتحار

الصفحة

الصفحة

الصفحة

القسم الثالث

الباب التاسع

حول العوامل السببية والعلاج النفسى

الباب الأول

المرض العقلي في الماضي والحاضر

الفصل الأول

المرض العقلي بين الخرافة والعلم

مقدمة :

يحدثنا التاريخ أنه كان يوجد فى بروسيا قانون ظل معمولا به حتى سنه ١٢٣٠ يسمح للمرء بالتخلى عن نسائه وأطفاله وإخوانه وأخواته إذا مرضوا ، وتحل عليه البركات إذا أحرقهم وأحرق نفسه معهم إن كان مريضا هو أيضا .

وقد يبدو لنا أن مثل هذا القانون ينطوى على وحشيـــة تناقض كل القيم الإنسانية ، لأننا نقدم حاليا لمرضانا كل رعاية وكل اهتمام ونضحى بالغالى والنفيس حتى يتم لهم الشفاء . ويحز فينا الألم ويتعذب ضمير الإنسانية أمام عجز المحرومين إقتصاديا عن الحصول على الخدمات الطبية لمرضاهم . ومع ذلك ليس من المغالاة أن نقول أننا إذا تعمقنا فى دخائل أنفسنا نجد أننا نشعر أحيانا بغضاضة وبخوف من مرضانا إذا طالت مدة المرض أو كان المرض معديا مما يعكس بعض الرواسب المتخلفة من التراث الذى خلفه لنا من صنعوا مثل هذا القانون ...... ومعاملة المرضى بالجذام وذات الرئة ...... ومن اليهم ... . وإلى عهد قريب - أحسن مثل على ذلك .

إذا قارنا ذلك بالأمراض العقلية نجد الصورة مروعة . إذ اتسمت معاملة هؤلاء المرضى بالعنف والقسوة والاضطهاد والجهل والخرافة . إذ كان المرضى يصفدون بالاغلال ، وتكوى أجسامهم بالنار ، ويتعرضون لكل ما يمكن أن يتفتق عنه الذهن من صنوف التعذيب . وكانت ولا زالت الفاظ مثـــل الجنون والخبل تحمل فى طياتها معانى التحقير والاتهام والرعب والفزع . وهذه الاتجاهات

قديمة قدم التاريخ ، ولا زالت لها رواسبها فى طيات نفوس الكثيرين مهما بلغوا من علم وثقافة . حقا إننا نستخدم الآن ألفاظا مثل المرض العقلى والمريض عقليا لأنها أخف وقعا على السمع من الفاظ المجنون والمخبول والجنون والخبل وما إليها ...... ومع ذلك فهل غيرت الألفاظ من المحتوى والمضمون؟ وهل غيرت من إتجاهاتنا النفسية نحو المرضى بامراض عقلية ؟

إن كل مريض بمرض عقلى إما أنه يرفض بعداء الحياة التى يحياها الناس ويحبونها وحينئذ كان يتهم بالهرطقة أو السحر أو الشعوذة ، أو أنه يستسلم بسلبية لعجزه عن تقبل هذه الحياة وحينئذ كان يقال عنه مسحورا . وهذا هو الأساس الذى كان من أجله يحرق الناس ويعذبون ويسجنون ...... وإن كانت هذه المعاملة قد انتهت الآن إلا أنه لها رواسبها فيما يتعرض له هؤلاء المرضى حاليا من إهمال وتجاهل واستغلال . وسوف نستعرض فى هذا الفصل المعاملة التى كان يعامل بها المرضى عقليا على مر العصور .

١ ـ المجتمعات البدائية :

لقد بينت الدراسات التى تمت للشعوب البدائية لمحاولة فهم سر الخليقة أن الرجـــل البدائى كان يعتقد دائما فى وجود مخلوقات حوله لا يراها لكنه يسمع أصواتها فى زفيف الريح ، وحفيف أوراق الشجر ، وخرير ماء الأنهار ، وصوت المطر ، وزئير العواصف ، وتلاطم أمواج البحر ، وفى صوت الرعد . وكانت هذه المخلوقات غير المرئية غامضة وغير متوقعة . فتصورها تتقمص الحيوانات وغيره من البشر ، كما تصور أن بعضها شريراً وبعضها طيبا ، ومنها القوى الذى يخشى بأسه ومنها الضعيف الذى لا يركن إليه . وهكذا نظم آلهته سواء كانت طيبة أو شريرة فى شكل طبقى تبعا لاسبقيتهـا فى العبادة والتبجيل .

وكم أحس المسافر والمكتشف وهو يضرب وحيدا فى البيداء أو متسلقا قمم

الجبال أو مخترقا البحر بأنه ليس وحده ...... إذ يوجد لديه الاحساس بأن هناك دائما من يصحبه أو يرقبه . وكلما زاد جهل الانسان بالعالم المحيط به كلما فسر الظواهر على أنها من فعل هذه الأرواح الطيبة أو الشريرة .

وكان من بين رجال القبائل من هم فى نظر أفراد القبيلة أقدر على الاتصال بتلك الأرواح وتطويعها للخير أو للشر . فكانوا كهنة القبيلة وعرافيها وسحرتها ومشعوذيها .

ولجأ إليهم الناس فى الأزمات وفى المرض . وابتدع الكهنة أو اكتشفوا بعض العقاقير التى كانت تشفى بعض الأمراض... فكانوا الاطباء والمعالجين... وكان يتم على أيديهم الشفاء .

وفى مجال الأمراض العقلية كانت مشكلة المريض غالباً فى مجال السلوك وفى مجال علاقاته بغيره . ولم يكن لديه ما يشكو منه صحياً إذ كان فى العادة إما يلوم نفسه أو يلوم غيره . وحينئذ كان يبدو مختلفاً عما كان عليه وكان هذا الاختلاف أو التغير يعزى إلى شيطان من الشياطين تجسده . أما إذا كان إله طيب قد تجسده فكان ينطقه بالحكمة وحينئذ تسمو به القبيلة إلى مرتبة الانبياء . ولا زالت مثل هذه المعتقدات سائدة بين كثير من القبائل البدائية .

٢ ــ المصريون القدماء :

وعلى الرغم من أن العالم يعترف لقدماء المصريين بأنهم الذين وضعوا أساس الطب واقتبسته منهم شعوب الشرق القديم كاليونان وسكان جزيرة العرب وغيرهم ، يقول التجانى الماحى (١٩٥٩)

«كانت الفكرة السائدة لديهم أن الأمراض تنشأ من غضب آلهتهم أو من تأثير أرواح الموتى وتقمصها لجسد المريض وإمتلاكه وأن هذه الإراوح بعد دخولها للجسم منها ما يصيب العظام ومنها ما يفتك بالأمعاء ومنها ما يشرب دم

المريض أو يعيش على لحمه ويموت المريض من جراء فتكها بأجهزته إلا إذا كان فى الاستطاعة طردها قبل أن تسبب أذى جسيما بجسده ، ولذا كان من أهم دعائم علاجهم معرفة الطلسم والسحر لطرد هذه الأرواح الخطرة والقضاء عليها بالتعاويذ والرقى . ثم يشرع بعد ذلك فى إستعمال الدواء والغذاء لمعالجة الأضرار الحسية التى نشأت من دخول الروح الشريرة لجسد المريض وكانوا يعلقون قطعا من الحجارة أو الخرز أو الخشب على رقابهم أو من يربطونها بعضو من أعضائهم إتقاء للمرض وكان الكهنة يعالجون هذه الرقى بقراءة الطلاسم السحرية قبل استعمالها .

لقد كانوا يعتمدون فى معالجتهم على الرقى والعزائم السحرية أكثر من إعتمادهم على العقاقير الطبية .

٣ـ العرب فى الجاهلية :

كان العرب فى الجاهلية يعتقدون فى الجن ويخافونها ويرهبونها ويعتقدون أن لها أماكن ومساكن فى البوادى الجرداء وبطون الأودية ، كما توجد فى الخرائب والأماكن المهجورة . ولا شك أنه كان لطبيعة حياتهم وجغرافية بلادهم الأثر فى ذلك. وقد سبق لنا أن ذكرنا أن الضارب فى البيداء والرحالة كان يشعر دائما بأنه ليس وحده وأن هناك مخلوقات غير مرئية تصاحبه، ولدى العرب الأساطير الكثيرة والمقالات المطولة عن الجن والشياطين: طبيعتها وحياتها ومواطنها وأصنافها والصلات التى كانت بينها وبين بعض البشر من صداقات وعداوات وتبادل زيادات وزواج . ومما تواتر لدينا من الأساطير أن كل شاعر كان له شيطانه الذى ينطقه بالشعر .

لقد عبد العرب الجان قبل الاسلام خوفاً منها ورهبة ، وكانوا يستجيرون بها « وإنه كان رجال من الإنس يعوذون برجال من الجن فزادوهم رهقا » قرآن كريم . وكانوا يقدمون الذبائح لها . وكان المجنون عندهم رجل صرعته جنية ،

والمجنونة صرعها جنى وذلك عن طريق العشق والهوى وشهوة النكاح . وكانوا يعتقدون بأن الصرع نتيجة لمخالطة الجن للإنس وإمتلاكهم مدة عنيفة ، وكان لديهم كغيرهم من الشعوب طريقتان للعلاج طريقة الكهنة والعرافين وطريقة العلاج بالعقاقير » (التجانى الماحى ١٩٥٩) .

والمعنى اللغوى للفظى الجنون والخبل يحمل فى ثناياه صلة المرض العقلى بالجن والشياطين. وتنبذ لذلك هذين المصطلحين من قاموس الطب العقلى حاليا هذا بالإضافة إلى أنهما أصبحتا مشحونتين بخلفيات النظرة التى كان ينظر بها إلى المرضى بأمراض عقلية والمعاملة التى كانوا يعاملون بها ، وأمتهنتها العامة حتى أصبحتا من ألفاظ السب والسوقة .

إن فى تراثنا الثقافى رواسب من الماضى جاءت الينا على مر العصور سواء من قدماء المصريين أو من العرب . إذ لا زالت هناك قطاعات متخلفة من الشعب تؤمن بدخول الجن والشياطين فى اجسام الآدميين فتلحق بها المرض ، وما يعى الطبيب يقدر عليه الزار الذى يستخدم لطرد الأرواح الشريرة ، وتقدر عليه الأحجبة والتمائم التى يقدمها السحرة والعرافون والمتصلون بالجان ويسخرونها لخدمتهم مما يقوم به الدجالون لاستغلال السذج .

ومما يجب أن نسجله فى هذا المقام أن التاريخ لم يسجل لقدماء المصريين أو للعرب فى الجاهلية صوراً مماثلة لنوع المعاملة التى كان يعامل بهـــا المرضى بأمراض عقلية فى اليونان القديمة أو فى الدولة الرومانية وفى أوروبا فى العصور الوسطى بل فى العصور الحديثة كما سنبين فيما يلى .

٤ ـ العصر اليونانى والعصر الرومانى :

كان اليونانيون القدماء يؤمنون بأن المرض العقلى من عمل الشيطان. فالشياطين تتجسد البشر. وهناك شياطين طيبون وشياطين أشرار . فالصرع عندهم كان

« المرض المقدس » . وكان المرضى به يعاملون بكل إجلال واحترام وتضفى عليهم الحماية باسم الروح الطيبة التى تقمصتهم . أما من كان الاعتقاد يسود بأن شيطانا شريراً قد تجسدهم فكانوا يعذبون ويضطهدون حتى لا يعتبر الجسد مكانا مريحا لهذا الشيطان للبقاء فيه . وعلى الرغم من ظهور بعض الأفراد ممن كانت لهم الأسبقية على معاصريهم فى التفكير ممن أدانوا مثل هذه المعاملة ، وكانت لديهم الشجاعة على تحديها ، إلا أن القسوة والتعذيب والسجن الانفرادى والتصفيد بالاغلال كانت من الاساليب المتبعة مع هؤلاء المرضى ، وظلت فى العصر اليونانى والعصر الرومانى ، وزادت فى العصور الوسطى واستمر الحال حتى أواخر القرن ١٨ .

ومن الاعلام الذين عارضوا مثل هذه المعاملة فى العصرين اليونانى والرومانى نذكر ابقراط Hippocrates ، واسكلبياديس Asclepiades ، وسورانوس Soranus ، وجالينوس . وقد تركوا بصماتهم فى تاريخ الطب والطب العقلى .

ابقراط :

ولد فى سنة ٤٨٠ ق.م ومات فى سنة ٣٧٠ ق.م أى عاش فى القرن الخامس قبل الميلاد . وتعتبر آراؤه نقطة تحول فى تاريخ الطب العقلى واستمر أثرها بعد سقوط الحضارة اليونانية التى أبرزته .

عرف أهمية المخ كمركز للعقل ، وحاول إيجاد تفسير فسيولوجى للاضطرابات المزاجية والخلقية والانفعالية التى صادفها فى مرضاه ، وهاجم الاعتقاد بأن المرض العقلى محنة من السماء لا يمكن الشفاء منه . إذ نادى أنه من الكفر أن نعزو الى السماء أن تصيب عن عمد إنسانا بمرض عقلى أو جسمانى ولا نحاول بمجهوداتنا البشرية شفاء مثل هذا المرض . ولعل أصدق مثل على إتجاهاته رأيه فى الصرع ، وكان يسمى فى ذلك الوقت « بالمرض المقدس » . إذ نادى بأنه ليست له أى قدسية أو صفة سماوية تجعله مختلفا عن أى مرض آخر ... لأن أسبابه

طبيعيه . ودعا الى فحص أمخاخ المرضى بالصرع بعد موتهم إذ بهذا الأسلوب وحده سنرى أنه ليست الآلهة التى تصيب الجسد ، ولكنه المرض . وأنا بنسبة المرض الى الآلهة ننعتها بالخسة والضعة ، وأن أولئك الذين يتهمون السماء إنما يستغلونها لاخفاء عجزهم عن مساعدة المريض . لقد أصر على أن الاضطراب العقلى ماهو إلا عرض جسمانى له مركز محدد فى المخ وأنه يمكن التحكم فيه بتغيير الظروف المناخية والتغذيه مما يؤدى الى ضبط وظائف المخ .

وشرح لنا نوعا من العصاب النفسى الذى لازال معروفا حتى الآن هو الخوف المرضى Phobia ، كما سجل بالتفصيل هذيان deleria حمى الملاريا ، والسل ، وفقدان الذاكرة فى بعض حالات الاصابه بالدوسنتاريا ، والخلط الحاد بعد حالة من النزيف الحاد .

كما أنه كان أول من نادى بأنه لا يوجد حد فاصل بين الشاذ عقليا والشخص السوى . وأن هناك تدرجا من الشذوذ الى السواء .

وهو الذى نادى بنظرية الاخلاط فى الدم وهى عبارة عن مواد غامضة فى الدم ترتبط بفكرة العناصر الأولى : الأرض والهواء والنار والماء . والأخلاط عنده سوائل جسمانية مسئولة عن الاتجاهات الانفعالية . وشرح لنا الأمزجة المختلفة وخاصة السوداوى والميلانكوليا ـ الماليخوليا .

ويبدو أنه كان أول من حاول تحرير الطب النفسى من نظريات الفلاسفة وكهنوت الكهنة ليرسى قواعده على أسس موضوعية فى الوقت الذى لم يكن لديه فيه من الحقائق سوى تلك التى توصل إليها عن طريق خبراته العملية .

لقد وجد أبقراط بمحاولته النظر الى الاضطرابات العقلية نظرة جديدة معارضة قوية ظهرت حدتها فى العصور التالية كما عاداه الرأي العام المعاصر له .

اسكليبياديس :

اضمحلت الحضارة اليونانية القديمة بسقوط أثينا وبانتهاء الحروب البلوتيزية سنة ٤٠٤ قبل الميلاد. وانتقل مركز الثقافه العالميه من أثينا الى مدينة الاسكندرية التى أنشئت حوالى سنة ٣٠٠ ق.م . وانتقلت السيطرة العسكرية التى كانت تتمركز فى العالم القديم فى اليونان الى الرومان . وتحـــول أطباء الرومان الى الميراث اليونانى يغترفون منه . ومـع ذلك لم يستطع أتباع أبقراط الاحتفاظ بآراء معلمهم ومعاييره ، بل كانوا عاجزين عن الحفاظ على جوهر آرائهم وطرقهم دون تغليفها بتحيزاتهم الشخصية. على أى حال كانت الفلسفة الرومانية الوثنية تتميز بالتفتح الدينى والفكرى . ويمكن القول بأن العصر كان لازال عصر تحرر فكرى للفـــلاسفة والأطباء طالموا ابتعدو عن السياسة وأحابيلها حتى لايختاروا بين الانضمام الى صـف المضطهدِين أو صف المضطهدَين . وكان مثل هذا الاختيـار حتما عليهم فى العصور الوسطى .

كانت الاسهامات فى الطب العقلى ـ على أى حال ـ ضحلة حتى منتصف القرن الأول قبل الميلاد حين ترك الطبيب اسكليبياديس Asclepiades بصماته على صفحة العصر .

بدأ اسكليبياديس حيـاته المهنية كخطيب ثم تحول إلى الطب وعلى الرغم من أنه رفض كل الإيجابيات التى كانت فى تعـــاليم أبقراط إلا أنه كان أكلينيكيا موهوبا حاد الملاحظة إذ ميز بين هذيان الحى وبين أشكال الاضطرابات العقلية المزمنة على الأسس الجسمانية والنفسية واحتقر لفظة الجنون إذ اعتبرهـا لفظة سوقية وليست علمية وتفتقر إلى الدقة الوصفية . وشرح الفرق بين الأوهام delusions ، والأفكار التى يتمسك بها أصحابها على أسس لا تطابق الواقع الخارجى . ولم يعط أحد انتباها لهذه التميزات حتى بداية القرن ١٩ لما أتى بهـا

الطبيب الفرنسى اسكويرول Esquirol فى كتاباته .

كان اسكلبياديس يعتبر المرض العقلى منبعثا عن اضطرابات إنفعالية غير محتملة ، وكان فى ذلك متقدما عن عصره بمراحل . ولم يقتصر على الوصف إذ أعطى إهتماما لعلاج بعض الحالات الفردية . وفكر فى عدة طرق لادخال السعادة على المرضى كاستخدام الموسيقى والمقاعد الهزازه والحمامات والرفقة الطيبة. وكان أول من هاجم معاملة المرضى وسجنهم فى معزل أو فى أماكن مظلمة. وكان ينادى بأن المرضى يجب أن يوضعوا فى أماكن جيدة الإضاءة ، لأن الظلام يؤدى إلى الرعب . ويزيد الرعب من التعاسة والمرض ، كما هاجم طريقة العلاج باستنزاف دم المريض والتى استمرت رغم معارضته مدة طويلة حتى أوائل القرن ١٩ . وكان لا يجد فرقا بينها وبين خنق المريض .

سورانوس :

ظهر فى أواخر القرن الأول قبل الميلاد. وكان أحد تلاميذ اسكلبياديس . عارض العنف والبربرية التى يعامل بها المرضى . وقال عن معاصريه وطرقهم « ...... إنهم يضعون مرضاهم فى الظلام ...... دون التأكد مما إذا كان ذلك سيؤدى إلى عبء اخر ...... إنهم يقارنون مرضاهم بالحيوانات المتوحشة التى يرون ترويضها بالحرمان من الطعام وبعذاب العطش . ويخطئون بالنصح بتصفيد مرضاهم بالأغلال ، وينسون أن أطرافهم قد يصيبها الضرر أو تتحطم ، وأنه من الانسب بل والأسهل ان تقيد حركة المريض بايدى البشر لا بالاثقال المضرة . بل أنهم ينصحون بالعنف الجسمانى كاستخدام السوط وكأن هذه الطرق ستعيد للمريض عقله . إن هذه الطرق لا تزيد الأمر إلا خطورة ... .. إنها تصبغ الجسم والأطراف بالدم، وهذا منظر يبعث على الأسى إذا تذكره المريض بعد شفائه. »

أحس سورانوس بشناعة ما كان يتبع مع المرضى ونصح للمرضى بالموس mania .

أن يوضعوا فى حجرات مضيئة نسبيا ، معتدلة الحرارة ، يسودها الهدوء دون إزعاج ، على ألا تزين الجدران بالوسوم ؛ ويسمح للهواء بتخلل الحجرات من نوافذ عالية ، و يفضل إجـــلاس المرضى على الأرض لأن بعضا منهم لديه الاستعداد للقفز . وإذا وجدت أسرة فتربط بقوة ، وتصف بشكل لايسمح لهم برؤية الأفراد الذين يدخلون الحجرة تفاديا للازعاج . فاذا كان المريض فى حالة هياج فلايسمح له باستخدام الأسرة، ويفضل إستخدام القش عوضا عنها على أن يكون ناعما خاليا من المواد الصلبة، ونهى عن تردد الزوار الغرباء وطالب بمنعه منعا باتا. كما نصح بتحديد الرحلات التى يقوم بها المرضى حتىلا يستثيرهمالنشاط.

ونصح باستخدام اللين فى توجيههم نحو اخطائهم ، وبتجاهل سوء السلوك وتقبله أحيانا ، وأحيانا أخرى إستخـــدام التوبيخ مع شرح مزايا السلوك الحسن للمريض .

وفى حالة هياج بعض المرضى يجب قيام بعض المشرفين بعملية الضبط على ألا يكشفوا عن نواياهم للمريض حتى لاتزداد مقاومته دون داع . وإذا كان منظر الرجال يثير المريض فتستخدم القيود اللينة مع الحـــذر لأن الاهمال فى استخدام القيود يزيد الغضب بل يشعله .

والانطباع الذى يتركه مثل هذا الوصف هوأنه يوجد لدينا طبيب يحب مهنته ويحب البشر حتى وهم فى حالة إضطراب .

جالينوس :

قبل أن تنتهى عصور الظلام ، أضاءت شعلة واحدة وسط عتمتها أضاءهـا الطبيب جالينوس (حوالى ٢٠٠ م) الذى أصبح أستاذا للطب فى العالم لمـا يقرب من حوالى ١٠٠٠ سنه .

اعتبر جالينوس المخ قاعدة العقل ، وحاول إثبات ذلك تجريبيا إذ عرض

مخ وقلب خنزير حى ، وبين أنه بضغط القلب لم تتأثر سوى الأوعية الدموية ، بينما تبين أنه بضغط المخ يمكن الوصول الى حالة لاوعى وشلل . . ومن هنا حاول إثبات أن المخ وليس القلب هو قاعدة الروح العاقلة . وهو فى هذه التجربة فى الواقع قد تعثر على إكتشاف عظيم لم يستطع متابعته ، هو الدورة الدموية والتى اكتشفها وليم هارفى فى سنة ١٦٢٨ من تجاربه على الحيوانات الحية دون مساعدة الميكرسكوب والذى لم يكن قد تم إختراعه بعد والذى كان له الفضل فى إكتشاف الحلقة النهائية ببيان المجرى الفعلى للأوعية الدموية الدقيقة .

وقد اعترف جالينوس باعتماد الشخصية على الصحة الجسمانية ، وأكد أن الروح فى تعبيرها الخارجى يسيطر عليها الجسم ، إذ أن الاخلاط المرضيه من الممكن أن تؤدى الى تغيرات فى المزاج والعقل .

ومما يدل على أن جالينوس كان أكثر من عالم تشريح وأكثر من واضع النظريات هذه القصة . كانت هناك سيدة تعانى من إضطراب عصبى حاد لا تتضح أسبابه الجسمانية . عاودها جالينوس وأخذ يردد على مسمعها عدة أسماء واصبعه عند موضع النبض فى جسمها . فلما ذكر اسم أحـــد الممثلين المشهورين إرتفع نبضها . وتكرر الامر كلما عاود ترديد الاسم . لقد كانت هذه السيدة تعانى من حب تعجز عن الاعتراف به . وكان حل مشكلتها حلا إنسانيا بسيطا . ومهما يكن مدى صحة هذه الرواية فانها تقال للتدليل على بيان مدى إدراكه للصلة بين الحياة الانفعالية والحياة الجسمانية . ويرى مؤرخو الطب أنه بوفـــاة جالينوس حوالى سنة ٢٠٠ ميلاديه تبدأ العصور الوسطى لهذا العلم .

٥ ـ العصور الوسطى

ا ـ فى الغرب :

ظهرت المسيحية وكان ظهورها مصاحبا للضعف العام الذى بدأ يدب فى أوصال الحضارة اليونانية الرومانية واجتياح البرابرة لأوروبا . وبدأ عصر توقف القيام

فيه بأعمال مبتكرة فى كل العلوم . وعادت فكرة الشيطان وتفسير الاضطرابات العقلية بتقمص الشيطان لجسد المريض إلى الظهور . وأصبحت تعزى أمراض كالهستيريا أو الصرع إلى عمـــل الشياطين . ولم يتحرر الطب العقلى فى العصور الوسطى من هذه الفكرة .

لقد اجتاحت أوروبا فى العصور الوسطى مرارا موجات من الاضطراب الهستيرى وكانت هذه الموجات من الاضطراب عادة دينيـــة. وتعرض الرهبان والراهبات أنفسهم «لمرض الشيطان» وغيره من الاضطرابات المصحوبة بالعنف ولم يكن دور الايحـــاء معروفا البتة . وكم كان من السهل على بعض المرضى بالهستيريا فى أحد الاديرة أن تنتشر عدواهم بين كل نزلاء الدير واعتقاد كل فرد بأنه ضحية من ضحايا الشيطان .

ومن الأفكار التى سادت وظلت باقية فى بعض العقول العلاقة بين الجنون وأوجه القمر بل إن من الالفاظ الاجنبية التى تعنى الجنون لفظة مشتقة من اسم من أسماء القمر هى lunacy . وقد حاول شابمان Chapman (١٩٦١) حديثا البحث عما إذا كانت هناك علاقة فعلا بينها فقام بتصنيف ٣٢٣١ حالة من مرضى مستشفيات الأمراض العقلية طبقا لبدء الانهيار وأوجـه القمر فلم يبين البحث وجود أى علاقة . كما حاول البحث عما إذا كانت هناك علاقة بين أوجـه القمر والسلوك الذى تم فيه الاعتداء على الآخرين فى حوادث مسجلة وكان لديه ١٠٦٩ حادثة اقترفها عدد ٦٨ من المرضى بالفصام وعدد ٤٨٩ حادثة اقترفهـا عدد ٣٩ من المرضى بذهان الشلل العام general paresis فلم يبين البحث وجود أى علاقة . ومن المعتقدات التى تسود بين كثير من أهل الريف وجود عـلاقة بين اكتمال القمر بدرا ومرض جولان النوم Somnabulism

وكان من السهل إلقـاء اللوم على المسيحية والكنيسة الرومانية عن القسوة

والاضطهاد والفزع الذى ساد فى العصور الوسطى فى معاملة المرضى بامراض عقلية . وكان يوجد دائما من الكتاب والعلمـــاء من اقتبس من الانجيل ليبرر الفظائع التى ارتكبت. فالبحث عن المرضى بامراض عقلية وقتلهم على أنهم سحرة أو أفراد تقمصتهم الشياطين كان واجبا من الواجبات الدينية . وحتى بعد حركة الاصلاح الدينى نجد أن الأمر قـــد سار من سىء إلى أسوأ لاتفاق كل من البروتستانت والكاثوليك على ادانة الهرطقة وتحطيم كل من استحوذ عليه الشيطان.

وأخذت محاكم التفتيش فى مطاردة المرضى بامراض عقلية والتفنن فى تعذيبهم واضطهادهم. وبينما نجد هذه الصورة فى الغرب نجد صورة أخرى فى العالم الاسلامى حيث انتقل مشعل الحضارة بعد سقوط الحضارتين اليونانية والرومانية .

ب ـ فى العالم الاسلامى :

لما تدهورت الحضارة اليونانية الرومانية انتقل مشعل الحضارة إلى العـــالم الاسلامى وبينما كانت أوروبا يضرب عليها ظلام العصور الوسطى كان العالم الاسلامى باستيعابه للأمبراطوريات المجاورة ملتقى الثقافات القديمة التى انتقلت إليه وكان للعرب بذلك فضل الحفاظ على التراث الثقافى القديم واستيعابه وتطويره والزيادة فيه حتى صحت أوروبا من غفوتها فى عصر النهضة والعصر الحديث .

يقول التجانى الماحى (١٩٥٩) « إن العرب فى عصور الاسلام المختلفة وخاصة بين منتصف القرن الثامن إلى بداية القرن الثالث عشر الميلادى قد بلغوا ذروتهم فى علوم الطب ، وأنهم استطاعوا باستخدامهم للتراجمة وجمعهم لمؤلفات اليونان والمصريين والفرس والهنود وغيرهم فى نقل تراث الشرق القديم إليهم ، وأنهم أصلحوا وهذبوا ورتبوا من هذه العلوم وأضافوا إليها ما تحصلوا عليه بتجاربهم وطبعوه بالطابع العربى فأصبح لدينا ما نستطيع تسميته بالطب العربى

الاسلامي. ولا بد من تكرار القول بأن الطب العربي الإسلامي كان أساسا لعلم الطب والمعول عليه في أوربا إلى بداية القرن السابع عشر (ص ١٣٧).

لقد ترجم العرب إلى اللغة العربية مؤلفات مشاهير الفلاسفة ومشاهير الطب اليوناني خاصة ابقراط واسكلبيادس وجالينوس وتأثروا بهم إلى حد كبير لذا نجد صدى آراء هؤلاء العلماء واضحة فى مؤلفاتهم لأن جهد العرب لم يكن قاصرا على الترجمة بل كانت لهم مؤلفاتهم التي ترجمت بدورها إلى اللاتينية وكانت تدرس فى مدارس الطب فى أوربا . ونذكر على سبيل المثال لا الحصر كتابي « فردوس الحكمة لعلى بن زيد الطبرى، وكتـــاب الحاوى لأبى بكر محمد الرازى » ويذكر التجاني الماحى نقلا عن دائرة المعارف الاسلامية أن هذا الكتاب كان أحد الكتب التسعة التي حوتها مكتبة شعبة الطب بباريس عام ١٣٩٥ م . أما كتاب القانون فى الطب لابن سينا فكان موسوعة طبية تتضمن خلاصة الفكر اليونانى والعربى ويمثل القمة التي وصلت إليها الحضارة العربية فى فنون الطب تجربة وفعلا وكان الكتاب المدرسى فى جامعتى مونبلييه ولوفان فى أواسط القرن السابع عشر ومما يدل على سعة إنتشاره وبعد أثره فى الغرب انه طبع باللاتينية ست عشرة مرة فى الثلاثين سنة التى كانت خاتمة للقرن الخامس عشر وانه أعيد طبعه عشرين مرة فى القرن السادس عشر . وهذا لا يمثل إلا الطبعات الكاملة . أما الطبعات التى تقتصر على جزء أو أجزاء منه فلا حصر لها .

ولا شك أن معاملة العرب فى عصور الاسلام المختلفة للمرضى بامراض عقلية كانت تختلف فى كثير من الأوجه عن تلك التى يلقـــاها هؤلاء المرضى فى العالم الغربى . ولعل ذلك يرجع إلى :

١ ـ العقيدة الاسلامية بنهيها عن قتل النفس التى حرم الله إلا بالحق ، والمعاملة الإنسانية التى أقرها الدين للضعيف والمريض .

٢ - تأثر أطباء العرب برواد اليونان الأول فى الطب من أمثال أبقراط واسكابياديس وجالينوس ويبدو ذلك واضحا فى فلسفة ابن سينا .

٣ - إهتمام الخلفاء المسلمين والحكام العرب بالعمران ويدخل فى ذلك إهتمامهم باقامة المستشفيات . ويجمع المؤرخون على أنهم كانوا يهتمون بها إهتماما بالغا بحشد مشاهير الأطباء لها وتزويدها بالادوية ووقف الأوقاف عليها للصرف على المرضى المقيمين بها والاشراف على ذلك بأنفسهم .

وتاريخ البيمارستانات فى العالم الاسلامى يعطى صورة مشرفة للمعاملة التى كان يعامل بها المرضى فى تلك العصور . حقا يذكر التاريخ أنه جاءت فترات كانت تعانى فيه هذه البيمارستانات من الإهمال والتدهور غير أنه يمكن القول أنه فى فترات الإهتمام بها لم يكن لها مثيل فى العالم الغربى .

والبيمارستان كما يقول الدكتور أحمد عيسى (١٩٣٩) كلمة فارسية مركبة من كلمتين (بيمار) بمعنى مريض أو عليل أو مصاب و (ستان) بمعنى مكان أو دار، فهى إذا دار المرضى ثم اختصرت فى الاستعمال فصارت مارستان كما ذكرها الجوهرى فى صحاحه . وكانت البيمارستانات فى أول عهدها وإلى زمن طويل مستشفيات عامة تعالج فيها جميع الأمراض والعلل من باطنية وجراحية ورمدية وعقلية إلى أن اصابتها الكوارث ودار بها الزمن وحل بها البوار وهجرها المرضى فاقفرت إلا من المجانين حيث لا مكان لهم سواها فصارت كلمة مارستان إذا سمعت لا تنصرف إلا إلى مأوى المجانين .

وكان أول بيمارستان أنشىء فى العالم الاسلامى ذلك الذى انشأه الوليد بن عبد الملك سادس خلفاء بنى أمية عام ٨٨ هـ (٧٠٧ م)

وفى صدر الدولة العباسية بنى المنصور داراً للعجزة والايتام وأخرى لمعالجة الجنون، وأنشأ هارون الرشيد بيمارستانا باسمه، كما أنشأ البرامكة بيمارستانا باسمهم

وتعددت هذه البيمارستانات ، ومن أشهرها ذلك الذى أنشأه فى مصر أحمد بن طولون عام ٢٥٩ ﻫ ، وبيمارستان صلاح الدين الايوبى سنة ٥٧٨ ﻫ(١١٨٢) والبيمارستان المنصورى الذه أنشأه محمد بن قلاوون .

ـ ومما يدل على العناية التى كان يوليها الحكام لهذه البيمارستانات ماذكره المقريزى عن بيمارستان أحمد بن طولون « شرط أنه إذا جىء بالعليل تنزع ثيابه ونفقته وتحفظ عند أمين المارستان ثم يلبس ثياباويفرش له ويغدق عليه ويراح بالأدوية والاغذية حتى يبرأ فإذا ما أكل فروجا ورغيفا أمر بالانصراف وأعطى ماله وثيابه.» ومن الاهتمام أن أحمد بن طولون بنفسه كان يتفقد المارستان والمرضى من وقت وآخر وقيل أنه انقطع عن ذلك بعد أن وقف يوما بأحد المجانين المعلولين بالمستشفى فطلب منه المجنون رمانة ولما أعطى إياها رماه بهافلوثت ثيابه.

وكتب الرحالة بن جبير عن بيمارستان صلاح الدين الأيوبى « ومما شاهدناه أيضا من مفاخر هذا السلطان ، المارستان الذى بمدينة القاهرة . وهو قصر من القصور الرائقة حسنا واتساعا مابرزه لهذه الفضيلة تأجرا واحتسابا ، وعين قيما من أهل المعرفة ، وضع لديه خزائن العقاقير ، ومكنه من استعمال الاشربة وإقامتها على اختلاف أنواعها ، ووضعت فى مقاصير ذلك القصر أسرة يتخذها المرضى مضاجع كاملة الكسى . وبين يدى ذلك القيم خدمة يتكفلون بتفقدأحوال المرضى بكرة وعشية ، فيقابلون من الأغذية والأشربة بما يليق بهم . وبإزاء هذا الموضع ، موضع مقتطع للنساء المرضى . ولهن أيضا من يكفلهن. ويتصل بالموضعين المذكورين موضع آخر متسع الفناء ، فيه مقاصير عليها شبابيك الحديد ، اتخذت محابس للمجانين . ولهم أيضا من يتفقد فى كل يوم أحوالهم ، ويقابلها بما يصلح لها والسلطان المضدى يتطلع هذه الأحوال كلها بالبحث والسؤال

ويؤكد فى الاعتناء بها والمثابرة عليها غاية التأكد . وبمصر مارستان آخر على مثل ذلك الرسم بعينه » .

وامتدح ابن بطوطه الذى زار مصر عام ٧٢٧ هـ المارستان المنصورى وظل هذا المارستان قائما الى أيام حملة نابليون . ويكتب الدكتور أحمد عيسى وصف أحد رجال الحملة الفرنسية له إذ يقـول « أنشىء فى القاهرة منذ خمسة قرون أو ستة عدة مارستانات تضم الأعلاء والمرضى والمجانين ولم يبق منها سوى مارستان واحد هو مارستان قلادون تجتمع فيه المجانين من الجنسين . ومارستان القاهرة هذا لايزال أكثر شهرة من مارستان دمشق وقد كان فى الأصل مخصصا للمجانين ثم جعـل لقبول كل نوع من الأمراض وصرف عليه سلاطين مصر مالا وافرا، فيه لـكل مرض قاعة خاصة وطبيب خاص، وللذكور فيه قسم منعزل عن الإناث، وكان يدخله كل المرضى فقراء وأغنياء بدون تمييز، وكان يجلب إليه الاطباء من مختلف جهات الشرق ويجزل لهم العطاء . وكانت له خزانة شراب (صيدلية) مجهزة بالادوية والأدوات، ويقال أن كل مريض كانت نفقاته فى كل يوم دينارا وكان له شخصان يقومان بخدمته . وكان المؤرقون من المرضى يعزلون فى قاعة منفردة يشنفون فيها آذانهم بسماع الحـــان الموسيقى الشجية أو يتسلون باستماع القصص يلقيها عليهم القصاص . وكان المرضى الذين يستعيدون صحتهم يعزلون عن باقى المرضى ويمتعون بمشاهـدة الرقص وكانت تمثـل أمامهم الروايات المضحكة. وكان يعطى لـكل مريض حـين خروجه من المارستان خمس قطع من الذهب حتى لايضطر الى الالتجاء إلى العمل الشاق فى الحـــال وبنى السلطان قلاوون المدرسة التابعة إلى المارستان فى المـكان الذى هى فيه فى الوقت الحاضر وكان يدرس فيها الطب والفقه. »

اضمحل هذا البيمارستان حتى وصل غاية الاضمحلال فى عام ١٨٥٦ وقد حول

فى بداية القرن الحالى إلى مستشفى للرمد المعروف حاليا بمستشفى قلادرن .

يجدر بنا أن نشير هنا إلى أن البيمارستانات كانت معاهد علمية للطب ولم تكن مجرد مستشفيات للمرضى .

وإذا كانت المعاملة التى كان يعامل بها المجانين كما يبدو معاملة لا ترقى إليها المعاملة التى كان يعامل بها أمثالهم فى الغرب إلا أننا يجب ألا نغالى بالقول بأن المساواة كانت تامة بينهم وبين غيرهم من المرضى بامراض جسمانية إذ كان من بينهم من يصفد بالاغلال ويوضع فى زنزانات منفردة إلا أنها كانت أحسن حالا من الكهوف التى كانوا يودعون فيها فى أوروبا . وكانت تزداد المعاملة سوء كلما قل الاهتمام بهذه المستشفيات .

كما يجب الا نتغافل عن أن كثيرا من العامة كانوا يعتقدون فى الجن والشياطين والسحر والشعوذة والرقى والعزائم وكان حظ كثير من المجانين الارتفاع إلى مصاف الاولياء وحظ آخرين السخرية والإهمال والاضطهاد، ولا زالت كثير من هذه الرواسب باقيه حتى وقتنا هذا .

٦ـ عصر النهضة والعصر الحديث :

إن فيضا كبيرا من المعرفه عن العالم الخارجى كان المظهر البارز لعصر النهضة. وظهرت فى ميدان الطب عدة اكتشافات هامة . وأحيت النهضة مبدأ أن الإنسان هو أرقى المخلوقات وأجدرها بالدراسة ، غير أنه فى خضم الخرافات المتوارثة عن الماضى فى الوقت الذى تم فيه اختراع الميكروسكوب واكتشاف دورة الدم ، ودوران الأرض حول محورها وحول الشمس ، وتأسيس علم الطبيعة الحديث باكتشافات نيوتن ، ظلت الحياه العقلية والانفعالية للإنسان بعيدة عن مجال البحث والاستطلاع . وظل المرضى بامراض عقليـة يعانون من الاضطهاد والقسوة ومطاردة محاكم التفتيش .

وكان هناك من شذوا عن إطار الفكر السائد وتحدوا الرأى العام وسخروا من فكرة تملك الشيطان للبشر من هؤلاء باراسيلسوس Paracelsus الذى قتل فى حانة فى سنة ١٥٤١ وكان طبيبا مبتكرا. ومنهم كورنيلوس أجريبا الذى هاجم محاكم التفتيش وطرد من مدينة متز Metz لمناداته بأن تعذيب النساء باسم الدين هو العداء للمسيحية ، ومات فقيرا معدما وحيدا عن كلب أسود كان رفيقه الوحيد الذى أصر أعداؤه على أنه الشيطان فى شكل كلب نطق بلسان أجريبا.

جوهان وير :

وقبل وفاته بثلاث سنوات كان قد حفز تلميذا من تلاميذه يدعى جوهان وير Weyer وكان أنجح من أستاذه إذ كان الطبيب الخاص لأحد الدوقات . فأضفى عليه الحماية رغم آرائه المثيرة التى عبر عنها بكل سهولة وسخرية. وكان فى دراسته للأمراض العقلية لابد وأن يصطدم بمحاكم التفتيش إذ هاجم بعنف الاعتقاد السائد بتقمص الشياطين لأجساد البشر وكان هذا الاعتقاد فى رأيه يهدد أمن الطب الذى يعتبر أقدم وأنفع وأهم العلوم كلها . وبذل جهودا مضنية لشرح الأوهام delusions واضطرابات السلوك التى رآها فى مرضاه متحديا بذلك المنادين بسيطرة الشيطان . ولاول مرة منذ ابقراط يتجرأ طبيب على المناداة بأن الامراض العقلية إنما هى أمراض تدخل فى مجال الطب وليس الدين أو القانون دون أن يعانى من إضطهاد وقد تجرأ ونادى بأن إعترافات المتهمين بالشعوذة ماهى إلا جزء من أعراض أمراضهم وتعبيرات أوحى بها الخيال لوثت معتقداتهم ومعتقدات قضاتهم . وهاجم القانونيين ورجال القضاء هجوما عنيفا .

وكان ينادى بأنه مما يبعث على الاسى أن نرى الناس لقتل الاخطاء فى شغل شاغل يقتلون الآدميين، وهاجم بعنف الاعتقاد السائد بتقمص الشياطين لاجساد

المرضى ، وانبرى له أحد مشاهير القانون فى ذلك الوقت ويدعى Jean Bodin ونعته بأنه رجل شرير يحمى المشعوذين وينكر حقائق ثابتةمثل أكل المشعوذين والسحرة للأطفال ، وأن النساء أكثر عرضة للشعوذة ، وأنهن كاذبات ، ولهن امعاء أغلظ من أمعاء الرجال ، وأنهن يقعن فى منتصف الطريق بين البشر والحيوانات المتوحشة .

ومن عجب أن آراء رجل مثل بودن كانت تمثل صورة حية لفكر العصر الذى عاش فيه . وظل مثل هذا الفكر سائدا لفترة طويلة حتى أننا نجد بعد ما يزيد على المائة سنة من وفاته فى مدينة سالم بولايه ماساشوسقس بامريكا فى سنة ١٦٩١ - سنة ١٦٩٢ تتم محاكمة لها شهرتها راح ضحيتها ٢٠ فردا بتهمة الشعوذة. ومن المقتبسات ما جرى فى مناقشة طفلة عمرها ثمان سنوات كانت أمها وتدعى مارتا كارير Martha Carrier إحدى المتهمات فى هـــذه القضية . وقد شهدت الطفلة ضد أمها .

دارت المناقشة مع الطفلة كالتالى :ـ

ـ منذ متى وأنت ساحرة ؟

ـ منذ كان عمرى ست سنوات .

ـ وما عمرك الآن ؟

ـ حوالى ثمان سنوات .

ـ من الذى جعل منك ساحرة ؟

ـ أمى . هى التى أمرتنى أن اضع يدى على الكتاب .

ـ لقد قلت انك ذات مرة رأيت قطة ... فماذا قالت القطة لك ؟

ـ لقد قالت أنهاستمزقنى قطعا إذا لم أضع يدى على الكتاب[كتاب الشيطان].

ـ وكيف عرفت أن القطة هى أمك ؟

ـ لقد قالت لى القطة ذلك . لقد قالت لى إنها أمى .

إن أى محام مبتدىء حاليا يمكنه بسهولة التسفيه من مثل هذه الشهادة ويبين كيف أوحى القضاة إلى طفلة بالاجابات التى يرغبون فيها لإدانة أمها فيتمخض خيالها بالإيحاء عن تصور أمها فى شكل قطة .

لقد ظل الناس معارضين لتقبل الحقائق، ولم تتغير المفاهيم والاوضاع فىدولة كانجلترا إلافى سنة ١٧٣٦ لما أعيد النظرفى القوانينالتى تطارد السحرةوالمشعوذين، ولم تتغير معاملة المرضى بأمراض عقلية فيها إلا فى أواخر القرن ١٩ .

لقد خطا الطب خطوات كبيرة فى كل فروعه فى عصر النهضةوالعصر الحديث فيما عدا الطب العقلى . وعلت مكانة الطبيب وذاع صيته نتيجة لفهمه للظواهر الطبيعية وقدرته على علاج الأمراض الجسمانية ، وظل مجال معاناة البشرية من الأمراض العقلية مبعدا عن اهتماماته حتى لا يقلل التعثر فى هذا المجال من قيمة التقدم الذى يسير فيه فى إتجاهات أخرى. وكان الطبيب الممارس على الرغم من تشككه فى نظرية الشيطان ، ليس لديه ما يقدمه للمريض بالهوس أو لذلك الذى ضرب عليه الحزن أواليأس ، أو لأولئك الذين تزعجهم هواجسهم أو هلوستهم.

ولم ير كثير من مشاهير الأطباء غضاضة فى المعاملة التى يعامل بها المرضى بامراض عقلية فنجد مثلا فيلكس بلاتر Felix Plater الذىدرس هؤلاءالمرضى كافراد ، وزار المئسات منهم فى كهوفهم وزنزاناتهم المظلمة ، ورآهم مصفدين بالاغلال ومشدودين إلى الحوائط، وقد أدت ملاحظاته إلى تصنيف للأعراض ، ومع ذلك لم ينتقد المعاملة التى كانوا يعاملون بها ولم يفكر فى أى بديل لها. ومع أن توماس ويليس Thomas Willis قام بتشريح المخ وبيان دورته الدموية بالتفصيل، يثير اتجاهه فىعلاج اضطرابات الوظائفالعقلية العجب إذ كان يرىأن النظام والتهديدات وتوجيه بعض الضربات للمرضى أمور ضرورية فى العلاج .

وليس هناك ماهو أجدى لشفاء المرضى من إجبارهم على احترام التخويف والعقاب . بهذه الطريقة يمكن للعقل أن يظل على ثباته ويتخلى عن الغطرسة والأفكار الغريبه فيتحول الى عقل منظم. ويدلل على صحة رأيه بسرعة شفاء المريض بالهوس بالتعذيب دون التطبيب .

ومن الطرق التى كانت متبعة استنزاف دم المريض حتى الموت . ويبدو أن اكتشاف هارفى لدورة الدم لم يكن له أثره فى الاقلاع عن مثل هذه الممارسة بل زاد منها .

على أى حال كان الاتجاه النفسى للأطباء فى ذلك الوقت وكذلك عند العامة يتصف بالتعالى تجاه المرضى بأمراض عقلية . ومثل هذا الاتجاه لازال له بقاياه ، ورواسبه حتى يومنا هذا . ويعتبر هذا الاتجاه مسئولا عن الإهمال واللاإنسانية المفزعة فى معاملة هؤلاء المرضى مما قد يعتبر أخطر من مذهب الشيطان القديم . والواقع أنه حتى نهايه القرن الثامن عشر لم تكن هناك مستشفيات أو مؤسسات للعناية بهؤلاء المرضى على أسس إنسانية أو طبية فى العالم الغربى. إذ كانت الأماكن التى يودعون بها ليست فى الواقع إلا سجون تفتح لعرض المرضى وكأنهم تحف أثرية أو وحوش فى حديقة حيوانات . وكانت زيارة بدلام Bedlam مستشفى بيت لحم الملكى للمجانين فى لندن من زيارات تقضية وقت الفراغ والترويح وذلك فى أواخر القرن وأوائل القرن ١٩ . وقد كتب عالم الطب العقلى الفرنسى اسكويرول Esquirol عن مستشفيات فرنسا للأمراض العقلية قائلا :

« لقد رأيتهم عرايا ، أو فى أسمال ، لايحميهم من برودة الأرض الرطبة سوى القش الذى يرقدون عليه . لقد رأيتهم يطعمون اللدم ، محرومين من الهواء النقى والماء الذى يطفىء ظمأهم ومن أهم الضرورات التى تحفظ لهم حياتهم . لقد رأيتهم وقد عهد بهم لسجانين قساة يشرفون عليهم بوحشية . لقد رأيتهم فى زنزانات

صغيرة تبعث على التقزز لا يتخللها الضوء أو الهواء ، ومصفدين بالأغـــلال فى كهوف لا تصلح حتى للحيوانات المتوحشة . إن مثل هذه المخلوقات التعسة مثل المجرمين يرى بهم فى الكهوف أو الزنزانات المظلمة حيث لا تنفذ اليهم عين بشرية. وهناك يبقون ليفنوا فى قذراتهم تحت عبء الأصفاد التى تقيح أجسامهم . وجوههم شاحبة ، وينتظرون اللحظة التى تنتهى فيها تعاستهم وتخفى عارنا . إنهم يعرضون للعامة لمشاهدتهم كحيوانات نادرة ويتقاضى المشرفون عليهم بجشاعة من المشاهدين جعلا على ذلك ... ويساقون فى جماعات بشكل غـــير منظم لا يسيطر عليهم سوى الرعب . . ووسائل المعاملة التى يجيدها حراسهم هى السوط والأغلال والبربرية والجهل »

وفى التحقيق الذى أجرى عن مستشفى يورك للأمراض العقلية فى سنة ١٨١٤ إستجابة لضغط الرأى العام بعد موت واختفاء عدد من المرضى ممن حرم على ذويهم زيارتهم ، وبعد إحراق سجلات المستشفى كتب صموئيل تيوك Tuke أحد رجال جماعة الكويكرز ، والذى أسس أول مستشفى للمرضى بأمراض عقلية فى لندن على أسس إنسانية وصفا للحالة التى وجدها فى هذا المستشفى لا يختلف كثيرا عن وصف اسكويرول لمستشفيات فرنسا . وفى سنة ١٨١٥ تم تكوين لجنة برئاسة جيمس بيرش شارب James Birch Sharpe عضو كلية الجراحين الملكية » لدراسة الخدمات التى يمكن بها الرفع من مستوى المستشفيات العقلية فى إنجلترا .» وتقرير هذه اللجنة يبين الحالة المذرية التى كانت عليها هذه المستشفيات فى ذلك الوقت .

ويعلق على ذلك دافيد ستافورد كلارك (١٩٥٣) قائلا : « قد يبدو من غير المعقول أن يترك الأطباء بشراً آخرين يعانون من العرى والبرد ملوثين

بفضلاتهم ، مصفدين بالأغلال ، متضورين جوعا فى الظلام وعلى أرض حجرية دون رحمة أو ندم . ولكنهم اقترفوا ذلك الاثم فعلا » .

لهذا يمكننا أن نقدر القرار الذى إتخذه عالم مثل بينل Pinel عام ١٧٩٢ وكان مديرا لمستشفى بيستر Bicétre بباريس بتحطيم الأغلال التى يصفد بها المرضى. لقد كان طبيبا بارزا وجريئا . نجح فى الحفاظ على رقبته فى خضم اضطرابات الثورة الفرنسية ، وكتب عـــدة مؤلفات عن الأمراض العقلية تعتبر مراجع كلاسيكية فى الميدان فى إنسانيتها . وكان موهوبا فى العلاج كما كان فى تحطيم القيود التى تحد من حرية المرضى . إذ حرم استنزاف الدم وكل صورة من صور العنف والتعذيب . وظهرت هذه الاتجاهات بعد ذلك فى كل الدول المتمدينة . غير أنه فى دراسة تاريخ الطب النفسى يعتبر عهد بينل واسكويرول فى فرنسا بداية الطريق الذى انطلقت منه مبادىء الاهتمام بالمرضى بأمراض عقليه كأفراد مما يعتبر حجر الأساس فى الطب العقلى .

اشتعل الرأى العام بعد التحقيق الذى تم فى سنة ١٨١٥ فى انجلترا غـــير أن إشتعاله لم يستمر طويلا. إذ أنه على الرغم من إدخال عدة تغييرات فى المستشفيات تحول الرأى العام قبل زوال جميع المساوىء وبدأ تهديد الجهل وعدم الاهتمام من جديد .

غير أنه بعد حوالى ٢٦ عاما تقريبا من ذلك ظهرت فى أمريكا سيدة تدعى دوروثيا ليندديكس Dorothea Lynde Dix وكانت معلمة بدأت بعد إحالتها الى المعاش معركة لتحسين حال المستشفيات . وحصلت على نتائج باهرة فى ميدان التعليم العام. ولم يكن لها من سلاح سوى شجاعتها وتصميمها وحماسها . وسافرت عشرات الأميال فى أمريكا وفى انجلترا ، واستمع لها مجلس الشيوخ الأمريكى . وقد نجحت فى هزيمة المعارضة القوية التى واجهتها . ولم يخضد من عزيمتها

السخرية التى نالت منها كزعيمة للدجـــانين إذ وهبت نفسها لأولئك الذين أحست بأنهم فى حاجة اليها .

خلف بينل فى إدارة مستشفى بيستر الطبيب العـالم فيراس Ferrus . وكان مهتما بالمجرمين المرضى بامراض عقلية . وقد نجح فى فصل المرضى بامراض عقلية عن المجرمين . ونجح فى بناء مزرعة لصالح المرضى والعاملين فى المستشفى . وهذا أول مثل للعلاج المهنى وأول عمل بناء لاستخدام طاقات المرضى ووقتهم . وكانت المزرعة تضم مصنعـــا للجبن وورشا وحظائر للحيوانات. وانتقل المشروع إلى أمريكا . غير أنه بعد رحيل فيراس إنهار المشروع .

٧ ـ فى القرن العشرين :

وحتى مطالع القرن العشرين لم تـكن مستشفيات الأمراض العقلية قد وصلت إلى المستوى الذى يسمح بالقول بأن المرضى ينالون معاملة انسانية ولم يكن الوعى الجماهيرى الذى كانت قـــد أيقظته تحقيقات سنة ١٨١٥ فى انجلترا ومجهودات دوروثيا ليند ديكس وما قام به بينل فى فرنسا قـد وصل إلى الفاعلية التى يمكن أن تؤثر فى إحداث تغيير جذرى فى معاملة المرضى. ففى عام ١٩٠٠ حاول شاب فى الرابعة والعشرين من عمره يدعى كليفورد بيرز Clifford Beers من خريجى جامعة ييل Yale الانتحار بإلقاء نفسه من نافذة بالدور الرابع من منزله لإصابته بلوثة من الجنون ... وفشلت المحاولة . تنقـل بيرز فى الفترة ما بين عامى ١٩٠٠ ـ ١٩٠٣ بين عدد من مستشفيات الأمراض العقلية الخاصة والعامة حتى كتب له الشفاء . إلا أن ما عاناه من سوء المعاملة فى هـــذه المستشفيات وما لاحظه من اهمال وقسوة فى معاملة المرضى ، دعاه إلى أن يكرس جهوده لنشر الدعوة للرفع من مستوى هذه المستشفيات وإصلاحها ، وقد سجل بيرز خبراته فى كتاب سماه « العقل الذى وجد نفسه » ونشره فى سنة ١٩٠٨ ثم أعيد طبعه عدة مرات .

تمكن بيرز بمعاونة طبيب مشهور من أطباء الأمراض العقلية يدعى أدولف ماير Adolph Meyer من اجتذاب عدد من الخيرين لدعوته ، وتأسست جمعية للصحة العقلية فى ولاية كونيتيكت Connecticut وفى العـــام التالى أى عام ١٩٠٩ تم تنظيم الجمعية الوطنية الأمريكية للصحة العقلية The National Committee for Mental Hygiene التى امتدت فروعها فى كثير من الولايات الأمريكية . وقد تكونت هذه الجمعيات من المتطوعين من الأهالى والأطباء الذين آمنوا بدعوة « بيرز وماير » وكانت وظيفة هذه الجمعيات فى بادىء الأمر معاونة مرضى المستشفيات بالمساعدة الطبية والعلاج . وتطورت حركة الصحة العقلية ولم تعد وظيفة جمعياتها قاصرة على تحسين حال المستشفيات وعلاج المرضى بل شملت برامجها العلاج والوقايه والصيانة . ولم يقتصر نشاط هذا الجمعيات على أمريكا وحدها بل امتدت حركتها الى كثير من بلدان العالم . وعقد أول مؤتمر دولى للصحة العقلية فى سنة ١٩٣٠ . ويتمثل النشاط حاليا على المستوى العالمى فيما تقوم به منظمة الصحه العالميه فى هذا المجال وغيرها من منظمات الأمم المتحدة مما سوف نتناوله فى فصل تال .

الفصل الثانى

المرض العقلى فى الفكر المعاصر

مقدمـــة :

إن العصر الحالى هو عصر إحساس الانسان بنفسه وبانسانيته وبآدميته وبكيانه . وتتمثل روح العصر فى أيديولوجيات علوم السلوك الانسانى والتى يحتل التحليل النفسى - على أنه الدراسة العلمية لفهم المرء لذاته - مكانة بين هذه العلوم .

وحديثا حاول علماء الاجتماع وعلماء الانتروبولوجيا باسهاماتهم بيان العوامل الاجتماعية والثقافية التى تساعد على فهم الانسان لنفسه .

وحاولت نظريات علم النفس المعاصرة بلورة الخبرات الانسانية فى شكل منطق محدد فى ضوء عملية التعلم مما ساعد على زيادة وعى الانسان بنفسه . أضف الى ذلك المفاهيم التى تمدنا بها حاليا الفلسفة الوجودية والتى تسود فى الطب العقلى فى سويسرا وألمانيا وفرنسا ولها نصيب كبير فى هذا المجال.

وأخيراً نجد أن علم الحياة قد أخذ فى تحديد المجالات والأنماط التى تصف وتشرح تنظيم وفاعلية الوظائف الفسيولوجية والكيمائية والحيوية غير المتعلمة لدى الفرد .

هذا بالاضافة الى أن علم الوراثة يؤكد حاليا أن الاستعدادات الوراثية مشروطة بالتنظيم الديناميكى والتفاعل بين عناصر البيئية والوراثة وبذلك يخضع النظرة الكلية للإنسان ككائن تتحكم فيه عوامل عديدة معقدة تتفاعل مع بعضها البعض بشكل فريد .

والطب العقلي كفرع من فروع الطب يتركز اهتمامه المباشر على سلوك الإنسان، لهذا لابد أن يندمج ويتفاعل مع التاريخ الحديث والفكر المعاصر لكل العلوم التي تدرس الإنسان. ويمكننا القول أن تشخيص الأمراض السلوكية حاليا وتصنيفها وبيان أسبابها وعلاجها لاينفصل عن الفكر المعاصر وألوان المعرفة عن السلوك الإنساني .

ولكي يتضح لنا الإطار الفكري الحالي علينا أن نعود قليلا الى الوراء لنوصل العناصر التي تحدد هذا الإطار . وفي الفصل السابق كان تركيزنا على المعاملة التي كان يعامل بها المرضى وذكرنا إسهامات بعض الرواد الذين تصدوا بآرائهم وبجهوداتهم لهذه المعاملة محاولين تغييرها وكانت إضافاتهم العلمية رغم تواضعها مما اتخذ لإرساء القواعد التي يقوم عليها صرح الطب العقلي حاليا . لقد ذكرنا الإسهامات التي قدمها أطباء العصر اليوناني الروماني خاصة ابقراط واسكليبياديس وسورانوس وجالينوس ، وفي عصر النهضة جوهان ويير . ونضيف الى ذلك أن إحياء الطب في القرن السادس عشر أدى الى إحياء أراء أبقراط . ولعل أهم ما كتب في هذه الفترة كتاب بيرتون Burton (١٦٢١) عن تشريح الميلانكوليا (الماليخوليا) كما تناول أنواعا مختلفة من الأمراض العقليه وان كان يبدو في الكتاب الخلط العجيب بين التفسيرات الطبيعه وتفسيرات ماوراء الطبيعة . غير أنه يمكن القول عموما بأن وصفه لبعض الاضطرابات كان دقيقا. وظهر تقدما كبيرا في القرن ١٧ بظهور الكتاب الذي كتبه سيدنهام Sydenham (١٦٨٢) وهنا نرى وصفا موضوعيا واضحا للاضطرابات العقلية بتفسيرات طبيعية .

تصنيف الأمراض العقلية :

بدأت في القرن ١٨ مرحلة كان الاهتمام فيها منصبا على تصنيف الأمراض العقلية واعتقاد الناس بأن الامراض العقلية ليست مجرد مجموعة من النكبات تحل بالبشر ولكن عددا معروفا من الانحرافات عن الشخصية السوية .

استمرت الجهود خلال هذا القرن فى تصنيف الامراض . وشاهد إنتهاء هذا القرن عدة أعمال هامة . فنجد بينل Pinel سنة ١٧٩٣ كدير لاكبر مصح للأمراض العقلية فى باريس له جهوده فى تصنيف هذه الامراض وقدم بعض المفاهيم التشريحية والفسيولوجية كتفسيرات لها . وسارت هذه الجهود جنبا الى جنب مع نظرته الإنسانية للمرضى .

واستمرت الجهود فى القرن التاسع عشر لوصف وتصنيف الآلاف من أشكال اضطرابات الشخصية . وكان لالمانيا وعلمائها باع فى ذلك . فنجـــد جيسنجر Giesinger فى حوالى منتصف هذا القرن يوضح معالم الطريق نحو تصنيف محدد للأمراض العقلية . وقام العلماء فى السنوات التالية بتصنيف مايقرب من مائتين أو ثلاثمائة من هذه الامراض واضعين فى الاعتبار الفروق الدقيقة بين الحالات. وبدأ العقرب فى نهاية هذا القرن فى التحرك نحو إستخدام عدد قليل من الفئات الاساسية حتى جاء كريبلين Kraeplin بتصنيفه الذى يضم حوالى عشرين نوعا أساسيا . ولايزال تصنيفه رغم خضوعه للمراجعة متبعا حتى وقتنا الحالى .

ومنذ معارضة الاتجاه الميتافزيقى والتفكير النظرى فى الطب منذ أوائل القرن ١٩ نجد أن تشخيص الحالات تشخيصا فرديا كان يتعارض باستمرار مع التصنيفات العامة للامراض . والواقع كانت هناك محاولات منذ أيام أبقراط للهرب من قيود التصنيفات الجامدة للامراض . فمدرسة أبقراط فى كوس Cos كانت تجد أنه من الصعب التأكد من أن مجموعة خاصة من الاعراض تعنى مرضا معينا، لهذا كان اهتمام أطباء هذه المدرسة طبقا لتقاليد أبقراط هو تحديد المشكلة الاكلينيكية فيما يختص بالمريض الفرد حتى يمكن إيجاد العلاج المناسب له . هذا بينما نجد على العكس من ذلك فى مدرسة كنيدوس Cnidus إذ كان الهدف عندها تحديد المرض كوحدة لها أعراضها التى يمكن وصفها لوضعها فى فئة من فئات التصنيف .

ونلاحظ أن الطب العام والطب العقلى قد تأثرا فى بداية القرن التاسع عشر بهاتين المشكلتين غير أن اكتشاف المرض ووصفه يتوقف على المعلومات التى لدينا عن طبيعه هذا المرض. والاوصاف التى لا تعتبر ضرورية هى تلك التى تهتم بالأعراض الظاهرية. لهذا يمكننا القول أن فئات التصنيف التى أمدنا بها اسكويرول Esquirol وبينل Pinel كانت تقوم أساسا على الأعراض على الرغم من أنهما أعطيا بعض الاعتبار لخصائص التغير فى العقل والتى ارتبطت ضمنا بتشخيصاتهما .

إن التصنيفات التى تقوم أساسا على الأعراض الخارجية للأمراض أو التغير فى الملكات العقلية كانت هى التصنيفات السائدة قبل عام ١٩٣٠ . أما بعد ذلك فقد أدى التفكير فى أسباب الأمراض العقلية ومصدرها إلى توسيع قاعدة التصنيف.

وقد أصدرت منظمة الصحه العالمية فى سنة ١٩٥٥ تصنيفا دوليا للأمراض يختص الباب الخامس منه بالأمراض العقلية . وقد روجع هذا التصنيف فى طبعة جديدة فى سنه ١٩٥٧ (١) ويجب أن نذكر أن هذا التصنيف ليس نهاية المطاف فقد ذكرت لجنة خبراء الصحة العقلية فى تقريرها العاشر رقم ٢٢٣ لسنة ١٩٦١ فى تقويمها لبرامج الصحة العقلية طبقا للبرنامج الذى وضعته اللجنة فى تقريرها الأول سنة ١٩٥٠ أن القاموس لا يستعمل إلا لرصد حالات الوفيات لعيوب فى القاموس نفسه إذ تتناثر الأمراض تحت أبواب مختلفة . كما أن كثيرا من الاطباء يعزفون عن استعماله ويفضلون اتخاذ الاتجاه الفردى دون الخضوع لأى تصنيف ونادت اللجنة بضرورة إعادة النظر فى هذا التصنيف ومراجعته .

على أى حال إن خطر التصنيفات أنها تتخذ كشاجب يعلق عليها المرضى . والمعروف أن أعراض الامراض تتشابه وتتداخل وكثيرا ما تؤدى بعض

(1) WHO. 1957 Manual of the International Statistical Classification of diseases and Causes of Death, 1955 revision.

الأعراض إلى تشخيص معين يبدو بعد أن يتخذ المرض سيره الطبيعى أنه مرض يختلف تمام الاختلاف عما أدى إليه التشخيص الأولى مما يؤدى إلى احراج كثير من الأطباء .

الاهتمام بالعلاج الطبى :

كانت العودة إلى موضوعية ابقراط مما أدى إلى قيام محاولات لإيجاد سبل تجريبية لعلاج المرضى بأمراض عقلية. فحلت عملية نقل الدم محل عملية استنزافه إذ كان ينقل دم الشبان العقلاء إلى المسنين من المرضى بأمراض عقلية . وكما يحدث فى كثير من الأحيان فإن حالة واحدة ناجحة تحصل على الشهرة تخفى بجوارها آلاف المحاولات من الفشل .

وبدأت البحوث تدور حول الجهاز العصبى حوالى سنة ١٨٥٠ لتعطينا نتائج جعلت من الممكن لأول مرة أن نقرر بالتفصيل العـلاقة بين أمراض المخ والأمراض العقلية . وأصبح لدينا على سبيل المثال وصفا للمرض المعروف بذهان الفالج العام general paresis باكتشاف كرفت إبنج Kraft - Ebing العلاقة بين مرض الزهرى وهذا المرض . كما أمدتنا الدراسات الميكروسكوبية للمخ خلال البقية الباقية من هذا القرن دلالات مختلفة تلقى أضواء على أسباب الاضطراب العقلى لدى المسنين، وفى حالات التخدير المختلفة، وغيرها من الحالات الصادمة ، وفى حالات الصرع وغيرها .

وكان طبيعيا أن يكون الاتجاه فى ذلك الوقت ممثلا للرغبة فى علاج المرضى بأمراض عقلية بالطرق الجسمانية البحتة. وقد أدى هذا الاتجاه إلى نجاح العلاج بالملاريا ، وبالانسولين ، وبالصدمات الكهربائية وكذلك القيـام بالعمليات الجراحية المختلفة مما أدى إلى التقدم فى عمليات جراحة المخ .

ونلاحظ فى تاريخ الطب العـام الحديث أن محاولة التعرف على الشخص

المريض أو طرق التشخيص قد ارتقت باختراع الأجهزة والأدوات التى بدأ استخدامها باختراع مسماع الصدر فى أوائل القرن ١٩ . ويعتبر استخدام الأدوات والأجهزة فى التشخيص والإهتمام بتاريخ الحالة والتسجيل واستخدام الإجراءات المعملية فى العلوم الطبية فى أواخر القرن ١٩ من الإسهامات التاريخية الهامة لطرق التشخيص المستخدمة حاليا فى العلوم الطبية .

وتهدف هذه الطرق كلها إلى التعرف على طبيعة المرض ببيان مركزه فى الشخص المريض ، لذا نجد أن الطب العقلى فى القرن ١٩ كان الاهتمام فيه منصبا على تتبع التشريح المرضى للامراض السلوكية . وقد تم ذلك بالذات بعد أن أعلن فرشوف Virchow مفاهيمه عن المرض، إذ أكدت هذه المفاهيم ضرورة تحديد المكان التشريحى للمرض على خلاف ما كان متبعا من قبل، وبوصفها المرض على أنه يتكون من عمليات فسيولوجية عادية فى الحياة تغيرت بظروف مرضية . فالمرض « هو الطبيعة معدلة بحكم ظروف معينة » . لقد أدى مثل هذا التفكير بفرشوف إلى التوصل إلى تصنيف الأمراض من ناحية الخصائص الفسيولوجية الأساسية للخلية فتكلم عن أمراض «تكوينية» Formative ، وأخرى «غذائية» nutritive وثالثة «وظيفية» Functional وكان لهذه المفاهيم أثرها فى فلسفة الطب العقلى وتطبيقاته فى النصف الثانى من القرن ١٩ .

كان الاهتمام إذن فى القرن ١٩ منصبا على تتبع التشريح المرضى للأمراض السلوكية. فلا غرو إذا رأينا عالما ينادى بأن أصل المرض - أى مرض - إنما يتمركز فى الاعضاء ، بينما نجد آخر يختار الانسجة ، وثالثا كفرشوف يختار الخلية . ولا عجب إذا رأينا طبيبا مثل مكسمليان يعقوبى Maxmilian Jacobi ينادى بأنه لا يوجد مرض فى العقل بهذا المعنى الحرفى .. إن الجنون يوجد فقط كنتيجة لمرض عضوى أو وظيفى فى جزء ما من جهاز الجسم . إن اعتبار المرض العقلى

مرضا جسمانيا إتجاه لم ينته تماما عند كثير من الاطباء العاملين فى ميدان الطب العقلى وتمسكهم بالعلاج الطبي البحت . وليس أدل على ذلك من البحوث والاموال التى تصرف لبيان أثر العقاقير المختلفة فى العلاج واعتقاد البعض بأن علاج كل الامراض سيوجد حتما فى مجال الكيمياء الحيوية .

وكان لمدة الاقامة فى المستشفى تحت أثر التغيرات الثقافية المرتبطه بالتصنيع والتحضر فى القرن ١٩ أثر فى تطور التشخيص والطب العقلى وتصنيف الأمراض. إذ سمحت مدة الإقامة للأطباء بدراسة التطور الطبيعى للأمراض فى بيئة المستشفى .

ويعتبر التوسع فى استخدام الطريقة الاكلينيكية ودراسة الحالة فى العشرين سنة الأولى من القرن الحالى تقدماً كبيراً فى ميدان الطب العقلى .

وقد أدى الى الدراسة المفصلة لتاريخ الحالة مجموعتان من العوامل الهامة: أولاهما مناداة أودولف ماير Adolph Meyer (١٨٦٦ - ١٩٥٠) بضرورة الاهتمام بالعوامل النفسية البيولوجية فى الأمراض السلوكية فأصبح للتاريخ الكلى لردود أفعال المريض أهمية فى دراسة الأسباب وفى التشخيص . فبينما كان ينادى كرابيلين مثلا بأن السمات الاحجامية الانسحابية avoidance - withdrawal للشخصية المبكرة للمريض بالفصام تبين بداية المرض العقلى ، نجد أوجست هوك August Hock متأثرا بآراء ماير ينادى بل ويصر على أن صفات الخجل والانزواء والانفراد فى المريض كانت توجد فيه قبل ظهور الاعراض المرضية التى تبين مرضه العقلى بالفصام .

أما مجموعة العوامل الثانية فتدخل تحت تطور واستخدام العلاج النفسى بالاقناع كما هو الحال فى التحليل . وقد نبع التحليل النفسى تاريخيا من العلاج بالتنويم المغناطيسى. وكان برنهايم فى أواخر القرن ١٩ أعظم من استخدم هذا

النوع من العلاج . وقد سبق بذلك ديبوا Dubois فى إستخدامه الاقناع بالمنطق بدون التنويم .

ولكن الفضل يعزى لسيجموند فرويد الذى أظهر بجـــلاء أهمية خبرات الطفولة فى أسباب الأمراض السلوكية . وقد أمدنا بالمفاهيم وطريقة البحث والدافعية للعلاج والاتجاه العلمى لدراسة تاريخ حياة الفرد .

هذا بالإضافة الى تطور طريقة المقابلة كطريقة تشخيصية والتى يقوم فيها الطبيب قصدا وعن وعى باستخدام سلوكه لابراز العلامات والأعراض المرضيه. وكان ذلك كله نتاجا مباشرا لمفاهيم التحليل النفسى .

الدراسات النفسية :

لقد كانت الأمراض العقلية من اختصاص الأطباء منذ التاريخ اليونانى القديم حتى القرن ١٩ . واتخذ علم النفس مساره مستقلا ولم يهتم إلا أقلية من علمائه بمشاكل الانحراف فى ذكاء الشخص البالغ . وعلى الرغم من الاتجاه نحو العلاج الجسمانى للامراض العقلية كان هناك من يحاول إتخاذ الاتجاه الآخر وبيان أثر الحياة العقلية والانفعالية على الجسم والأمراض العقلية. على أى حال لم ترد بداية إتخاذ الأسلوب النفسى الحديث لفهم الامراض العقلية إلا فى كتابات الطبيب مورو دوتور ـ Moreau de Tours الذى كتب فى حوالى منتصف القرن ١٩ أن الامراض العقلية تخضع لقوانين نفسية محددة وأنها يمكن أن ترتبط بظواهر الحياة العقلية اليومية السوية .

وقام علماء الطب العقلى واخصائيو الاعصاب الفرنسيون فى الربع الثالث من هذا القرن من بلورة نظرية الإيحاء ، وبينوا العلاقة بين الإيحاء والهستيريا . إذ قام شاركوت Charcot وأتباعه فى باريس ببيان أن بعض الوظائف العقلية لها القدرة على أن تستقل عن غيرها فى وظائفها ، ومن الممكن أن يحدث إنقسام بين

الوظائف التي يقوم بها العقل . ومن هنا يكون من الممكن أن تتم بعض العمليات لاشعوريا. ونادوا بأن مرض ، جولان النوم، Somnabulism ومرض «فقدان الارادة، catalepsy من الممكن علاجها فى ضوء هذه الظاهرة. وتمثل آراء جانيت Janet إتجاهات المدرسة الفرنسية .

لقد بدأت التفسيرات النفسية الخالصة للإضطرابات العقلية باكتشافات برويرو فرويد (١٨٨٠) واستمرت حتى وقتنا الحالى فى أعمال فرويد وأتباعه . ويمكن إيجاز الفكرة الاساسية لمدرسة التحليل النفسى التى يتزعمها فرويد فيما يلى :

« إن الصراع بين الدوافع يؤدى الى قمع أو إبعاد بعض دوافعنا ورغباتنا عن مجال الشعور . تستمر هذه الرغبات التى قمعت نشطة وهى خارج مجال الشعور وفى نضالها للتعبير عن نفسها لاتؤدى الى مجرد ظهور أعراض الهيستيريا وغيرها من الاضطرابات العقلية فحسب ولكن تؤدى أيضا الى الاحلام وعديد من ظواهر الحياة اليومية التى لايوجد لها تبرير » .

ومن المدارس النفسية المعاصرة التى لها إسهاماتها لمدرسة الروسية . إذ بين سيشينوف Sechenov أن كل العمليات العقلية من وظائف المخ . والاساس فيها الافعال المنعكسة. ودعم ذلك بافلوف بالتجارب التى قام بها. وقد درس بافلوف فى مطلع القرن العشرين مبدأ يسود الاعتقاد بأنه أساس التكيف فى كل نواحى الحياة. هذا المبدأ هو مبدأ الفعل المنعكس الشرطى . ويتلخص هذا المبدأ ببساطه فى أننا إذا قدمنا طعاما لكلب جائع فإن لعابه يسيل ويسمى الطعام فى هذه الحالة منبه طبيعى الاستجابة الطبيعية له هى سيل اللعاب (فعل منعكس). إذا صحب تقديم الطعام دق ناقوس عدة مرات ، فإن دق الناقوس وحده دون تقديم الطعام يؤدى الى سيل اللعاب . فالناقوس أصلا ليس منبها طبيعيا لإسالة اللعاب . ولكن تم إرتباط بين الناقوس وتقديم الطعام وتكون رد فعل شرطى .

على أى حال لقد كان لتطبيق نظرية ماير البيولوجية النفسية، واستخدام تاريخ الحالة فى العلاج النفسى ، وإعادة النظر فى نظريات التعلم فى ضوء الفعل المنعكس الشرطى مما أدى إلى إبراز المحاولات النفسية الخالصة كدراسة الشخصية وتقويمها والتى بدأت فى الربع الأول من هذا القرن والتى تبلورت حاليا فى ممارسات مايسمى بعلم النفس الاكلينيكى.

واتسع مجال الدراسات النفسية فى أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين وتفتحت ميادين جديدة للدراسة ويمكن القول بأن علم نفس الشواذ والمتحد مع الطب العقلى وعلم النفس التجريبى قد بدأ بدراسات كرابيلين فى السنوات الأخيرة من القرن الماضى بمقارنة منظمة قام بها للعمليات العقلية عند الشواذ والأسوياء بالاضافة إلى دراسته تجريبيا الشذوذ العقلى الناتج عن التعب والجوع والمخدرات وما إليها فى ظروف علمية مضبوطة . وشاهد القرن العشرين الامتداد المستمر لاستخدام طرق علم النفس التجريبى لدراسة الشذوذ .

ولعل علم نفس الطفل كانت اسهاماته أكبر إذ أدت الدراسات الجادة لنمو شخصية الطفل تحت ظروف علمية فى مدراس الحضانة (بل وفى معمل علم النفس فى بعض الأحيان) إلى إضافات للطب العقلى والاعتراف بأن كثيراً من عدم تكيف الكبار إنما يعزى إلى خبرات سيئة فى الطفولة وأدى ذلك إلى أن يستفيد عالم النفس المتخصص فى مرحلة الطفولة وطبيب الأمراض العقلية من بعضهما .

وكان من أهم التوصيات التى تقدمت بها لجنة خبراء الصحة العقلية التابعة لمنظمة الصحه العالمية فى تقريرها الأول سنة ١٩٥٠ الذى خططت فيه لما يجب أن تكون عليه برامج الصحة العقلية الاهتمام بالطب العقلى للأطفال Child Psychiatry

على أساس أن العنايه بالطفولة تعتبر من أهم السبل الوقائية . وسوف نتداول فى الفصل التالى موضوع الصحة العقلية والاتجاهات المعاصرة فى هذا المجال .

التفاعل الاجتماعى :

أمدنا عالم الاجتماع وعالم الانتروبولوجيا وعالم النفس الاجتماعى فى هذا العصر بفيض من المعلومات عن الجماعات وتكوينها وديناميكيتها والتغيرات المستمرة التى تطرأ عليها ودور الفرد فيها ومدى تأثره بها وأثره فيها فى العملية المسماة بالتفاعل الاجتماعى . وكيف تتم عملية التفاعل عن طريق عمليات مثل الاتصال والتوقع وإدراك الفرد لدوره وتمثيـله ، ومعرفة الرموز ذات الدلالة فى ثقافته . وفى ديناميكية الجماعة درست عمليات كمدى تماسك الجماعة ، وفاعليتها وجاذبيتها ... وما إلى ذلك .

ويبرز لنا الاهتمام بتحليل تفاعل الفرد فى الجماعة أنماط التفاعل الاجتماعى كعامل مساعد فى الدراسة التشخيصية للسلوك الاجتماعى للفرد . وهذا يؤكد لنا الاتجاه الحديث فى العلاج النفسى بأنه ليس مجرد فعل سيكلوجى فحسب ولكن عملية تفاعل ذات معنى .

وبرزت لنا مدارس فكريه تحاول تفسير الامراض العقلية والنفسية على أساس التفاعل الاجتماعى وعلاقة الفرد بالمجتمع مما هو الأساس فى نظريات من يسمون بالفرويديين المحدثين .

وظهر ميدان تخصص حديث فى الطب العقلى هو الطب العقلى الاجتماعى social psychiatry ويتركز الاهتمام فيه على تهيئة المريض للعوده إلى المجتمع ثانية بتخطيط العلاج على أساس تحقيق هذا الهدف .

بعض النظريات المعاصرة فى الطب العقل والنفسى

نظرية كرايبلين Kraeplin (١٨٥٦ - ١٩٢٦):

لقد رأينا كيف تقدم الطب فى القرن التاسع عشر وكيف كان الاتجاه ممثلا للرغبة فى علاج المرضى بأمراض عقلية بالطرق الجسمانية البحته. وكان الاهتمام فى الطب العام يدور حـــول تحديد المرض، وبيان أسبابه، وبيان تطوره. وساعدت الطرق العلمية على بيان أن لكل مرض تطور طبيعى. وكان الطبيب يبنى تنبؤاته عما ستؤول اليه حال المريض بمعرفته للمسار الطبيعى الذى سيسير فيه المرض أو بتدخله فى سير المرض بالعلاج الذى سيتبع. وجد الأطباء فى البحث عن العوامل السببية والظروف التى تهيء للمرض وكان كل ذلك يتم فى إطـــار علم الحيـاة.

لقد تأثر كرايبلين بالفكر السائد فى ذلك الوقت ودرس آلاف من حالات المرضى بأمراض عقلية ليحدد المسار الذى تسير فيه هذه الأمراض. وكان يعتقد بأن نزلاء المستشفيات مرضى وأنهم يعانون من أمراض متباينه، وأن هذه الأمراض الأساس فيها جسمانى سواء فى مصدرها أو فى تطورها. واعتبر الهذيان الذى يعانى منه المريض بالفصام مماثلا للهذيان الذى يعانى منه المريض بالحمى لان السبب فى كليهما جسمانى. والهذيان ثانوى بالنسبة للمرض البيولوجى.

وكان اهتمام كرايبلين متجها الى معرفة أشكال الامراض العقلية وأنماطها. كما كان مهتما بكيف يفكر المريض دون الاهتمام بفيما يفكر. وافترض أن المسار الذى يتخذه المرض العقلى يماثل المسار الذى يتخذه أى مرض جسمانى آخر. والمرض فى تطوره باتخاذه مساره الطبيعى سيؤدى الى أن معظم المرضى سيمرون بنفس مراحل المرض وبالتالى تتشابه بينهم الاعراض والتغيرات الخاصة بالمرض

الذى يعانون منه . وفى النهاية سيشفى بعض المرضى ولا يشفى البعض الآخر . وتتوقف نتيجة المرض على المقاومة الطبيعية للفرد وعلى مدى خطورة المرض .

وأدى فحصه لحالات آلاف من المرضى الشبان الى تحديد فئتين أساسيتين . فئة تنزع الى الشفاء وفئة لايتم لها ذلك . فمن قدر لهم الشفاء كانت أعراضهم متماثلة وأدت به هذه الاعراض الى تسمية المرضى الذى يعانون منه بذهان الهوس والاكتئاب Manic-depressive Psychosis. وأعلن أن هذا المرض يتخذ دورة تتميز بتتابع حالتى الهوس والاكتئاب .

أما الفئة الثانية فيسير المرض فى إتجاه يعز الشفاء معه اللهم إلا أقلية يتم شفاؤها تلقائيا . وسمى هذا المرض dementia praecox . ويبدأ هذا المرض عادة مبكرا فى الحياة فى مدى العمر ما بين (١٨ - ٣٠) ويؤدى فى العادة الى التدهور . وتختلف الاعراض التى تعانى منها هذه الفئة لذلك يمكن تمييز أربعة أشكال أو أكثر فى هذه الفئة . ولكنها جميعا تشترك فى أنها تنتهى الى التدهور .

كذلك من الممكن تمييز فئات أخرى من المرضى وكانت الجماعات التى يمكن تمييزها هى الاساس فى تصنيفه . وتناول تصنيفه بالتعديلات كلما عثر على حقائق جديدة . وقسم الامراض العقلية الى أمراض أسبابها داخلية endogenous وتعزى الى تغيرات داخلية تؤدى الى التأثير على وظيفة المخ العضوية مع إحداث تغيير فى بنائه أو دون إحـــداث لاى تغيير ، وأمراض أسبابها خارجية exogenous كذهان الفالج العام general paresis وتعزى الى تغيرات جسمانية أسبابها خارجية كالعدوى أو الاصابة وما الى ذلك .

وعلى الرغم من المعارضة التى قوبلت بها آراؤه فقد ظل تصنيفه معمولا به حتى وقتنا الحالى فى كثير من البلدان بعد إدخال بعض التعديلات عليه .

نظرية ادولف ماير Meyer (١٨٦٦ – ١٩٥٠):

وتسمى نظريته بالنظرية النفسية البيولوجية . وقد رأينا كيف كان من إسهاماته الاهتمام بدراسه الحالة . وتسود نظريته الفكر الامريكى . وتصنيفه لايقوم على تصنيف للأمراض ولكن على تصنيف ردود الفعل النفسية المرضية أى أنماط ردود الفعل . وفى رأيه أن العصاب والذهان ليسا إلا اضطرابات للشخصية تبدو على الخصوص فى العلاقات الانسانية المتبادلة . والفرق بين السوى والشاذ هو فرق فى درجة كفاية الفرد وقدرته على التكيف لظروف خاصة فى الحياة يجد فيها نفسه . واضطرابات الشخصية ليست إلا أنماطا لاتجاهات واستجابات لاتساعد على التكيف تطورت حتى اتخذت شكل الاضطراد والعادة.

وأصر على ضرورة إتخاذ تاريخ كامل لحياة الفرد حتى يمكن بيان أنماط الاضطراب الجوهرية وكيف بدأت ، وماذا تعنى بالنسبة للفرد، مع تركيز الاهتمام على دوافع الفرد ، ومزاجه ، وعاداته ، وذكرياته، وطموحه ، وخياله ، وحالته الفكريه . ويجب الاهتمام بالمزايا كما يجب الاهتمام بنواحى النقص لأن مزايا الفرد هى التى يمكن أن تتخذ لإعادة تشكيل سلوكه .

وكان ماير يعتقد أن الأفراد يولدون متشابهين فى إستعداداتهم كما يتشابهون فى نوع الضغوط التى تقع عليهم من البيئة، واختلافهم إنما يعزى الى الاختلاف فى تكوين العادات ، وفى التعلم ، وفى طريقة الاستجابة . والطب النفسى يجب أن يهتم أساسا لابدراسة المرض العقلى ولكن بدراسة أنماط الاستجابة المنحرفة .

والوقاية والعلاج عمليتان تربويتان . وتقوم الصحة العقلية على تدريب الأطفال تدريبا سليما فى الطفولة، وتنمية الاتجاهات السليمة فى المدرسة، والتوجيه الدينى والثقافة الجنسية السليمة . وما العلاج إلا إعادة التربية باستغلال إمكانيات الشخصية لتعويض مافيها من نقص .

وكان رأيه فى الاضطرابات التى ترتبط بأسس عضويه فى أنها إتجاهات أو عادات للتكيف أو لسوء التكيف تقوم على نقص عضوى . والنقص العضوى فى بعض الحالات أولى وفى البعض الآخر ثانوى . وكان يرى أن المرض العضوى أو البيولوجي من اختصاص الطبيب أو الجراح، أما تصحيح الاضطرابات السلوكية فمن اختصاص عالم النفس بصرف النظر عن مصدرها .

نظرية بافلوف Pavlov (١٨٤٩ – ١٩٣٦):

كان العالم الروسى بافلوف يقوم بدراسة الأفعال المنعكسة المتصلة بعملية الهضم فلاحظ أن إفراز العصارة المعدية فى الكلاب التى كان يقوم عليها بتجاربه لا تتأثر فقط بوضع الطعام فى فم الكلب ولكن تتأثر أيضا بمجرد رؤية الطعام . فحاول القيام بتجارب لإثبات ذلك. وتجربته المشهورة هى أنه أحضر كلبا وأجرى له عملية جراحية لاظهار غدده اللعابية ، ثم علق كيسا بهذه الغدد يتلقى فيه إفرازاتها ، فوجد أنه فى حالة الجوع يزداد افراز الغدد اللعابية عند رؤية الطعام وهذا رد فعل منعكس طبيعى . حاول بافلوف إضاءة ضوء قبل تقديم الطعام للكلب بعدة ثوان وكرر ذلك فى عدة محاولات . فوجد أن لعاب الكلب بعد عدة محاولات كان يسيل عند رؤية الضوء فقط دون ظهور الطعام لإرتباط ظهور الضوء بتقديم الطعام. ويسمى سيل اللعاب نتيجة لإضاءة الضوء وهو منبه غير طبيعى لسيل اللعاب « بالفعل المنعكس الشرطى». وهذه الاستجابة تسمى الاستجابة الشرطية وتعتبر أساساً للتعلم .

وبين بافلوف أن القانون الأساسى لنشاط العقل فى فصى المخ هو تكوين إرتباطات مؤقتة (أفعال منعكسة شرطية) على أساس الأفعال المنعكسة غير الشرطية. وتمكن الأفعال المنعكسة الشرطية الكائن الحى على أن يتلاءم مع ظروف بيئة الخارجية وتنتقل الى العقل البشرى باستمرار عن طريق حواس الاستقبال منبهات

عديدة ومختلفة تتضمن الأصوات المختلفة والألوان، والاحساس بالحرارة والبرودة والاحساسات الداخلية وما إلى ذلك ويتم ادراكها تبعا لبافلوف عن طريق جهاز الاشارة الأول first signaling system. وقد تتحول أى من هذه المنبهات تحت ظروف معينة إلى منبهات شرطية وتؤدى إلى استثارة فعل منعكس شرطى. واعتبر بافلوف بذلك الافعال المنعكسة الشرطية كنشاط إشارة signaling activity . ويوجد جهاز الاشارة الأول عند كل من الانسان والحيوان. غير أن إدراك الحيوان لبيئته محدود وتظل الحيوانات طيلة حياتها يتقرر سلوكها بجهاز الاشارة الأول .

أما الانسان فيتولد عن جهاز الاشارة الأول عنده إشارات من الدرجة الثانية أى إشارات للإشارات الأولية تتصل بها ولا تنفصل عنها فى شكل كلمات تنطق أو تسمع أو ترى وتنمو وتتكامل . وتعزى قدرة الانسان على الارتباط بغيره من الناس عن طريق الكلام والكتابة وقدرته على التفكير إلى نشاط جهاز الاشارة الثانى .

وعلى أساس جهاز الاشارة الثانى عند الانسان ميز بافلوف ثلاثة أنماط أساسية للنشاط العصبى توجد فى الإنسان وحده وتقوم على أساس العلاقات بين جهازى الاشاره الأول والثانى وهى :

١ ـ النمط الفنى ويسود عنده جهاز الاشارة الأول .

٢ ـ النمط العقلى ويسود عنده جهاز الاشارة الثانى .

٣ ـ النمط المتوسط ويتوازن لديه نشاط الجهازين .

ويرى بافلوف أن المنبهات البيئية تؤثر على الكائن الحى عن طريق الأعضاء الحسية فتنقل التيارات العصبية من الجهاز الحسى (جهاز الاستقبال) الخارجى إلى القشرة المخية Cerebral cortex . تنشط فى القشرة المخية بؤر للاستثارة تعتبر الاساس الفسيولوجى للاحساسات . تحتفظ هذه البؤر فيما بينها بعلاقات

متبادلة محددة . بعضها يقوى وبعضها يضعف بل ويزول . ويتحكم فى ذلك قوانين حركة العمليات العصبيـــة : (الاشعـاع Irradiation) ، (والتكثيف Condensation)، و(ظاهرتا التوالد Induction) الايجابى والسلبى. والعمليات العصبية الاساسية هى الاستثارة excitation والكف Inhibition . وتتغير فى القوة والحركة والاتزان. وببساطة قصوى يقصد بالاستثارة الاستجابه لمنبه متعلم اما الكف فهو عدم الاستجابة له . فمن الممكن تعليم الكائن الحى الاستجابة لمؤثرات معينة (استثارة) وعدم الاستجابة لها أو لغيرها (كف) .

ولما كان النشاط العصبى يقوم على عمليتى الاستثارة والكف فإن هاتين العمليتين تعملان دائما بالتبادل وبسرعة . وفى حالة المرض العقلى لا يعملان بالتبادل لمدة طويلة . ولشرح العمليات العصبية نضرب المثل التالى :

إذا كان لدينا كلب تعلم الاستجابه لرنة شوكة بحدة معينة ، فإنه من الممكن أن يستجيب لرنة أى شوكة بصرف النظر عن درجة الحدة فيقال أنه حدثت ظاهرة إشعاع ويسميها علماء التعلم الشرطى بظاهرة التعميم. أما إذا حاولنا تدعيم رنة معينة دون غيرها من الرنات حتى يستجيب الكلب لها وحدها ولا يستجيب لغيرها فيقال أنه تمت عملية تكثيف . ويسميها علماء التعلم الشرطى بظاهرة التمييز discrimination. أما التوالد Induction فيقصد به أنه إذا كانت هناك عملية كف فى جزء من القشرة المخية ، فإن عملية الاستثارة تتولد فى أجزاء أخرى من القشرة والعكس بالعكس. وتقوية عملية الاستثارة تحت تأثير عملية الكف تسمى بالتوالد الإيجابى، أما تقوية عملية الكف تحت تأثير عملية الاستثارة فتسمى بالتوالد السلبى. وهذه العمليات كلها مستمرة كنشاط للمخ فى حالة اليقظة وتتم بتوازن مما يؤدى إلى إستجابة الكائن الحى لبيئته وإذا اختل هذا التوازن اختلت استجاباته.

ولما كانت عمليات الاستثارة والكف تتم بالتبادل وبسرعة فإن الإنتقال من

الاستثارة إلى الكف يتم عن طريق حالات من النشاط متوسطة لخلايا الاعصاب تعرف بالحالات المرحلية phasic states وتسمى أحيانا بمراحل التخدير narcotic phases. وفيها لاتستجيب خلايا الاعصاب عادة إلا للنبهات القوية. كما يمكن تمييز هذه المراحل باستجابات الخلايا العصبية لمنبهات معينة، ومرحلة التعادلequalising phaseوفيها تتساوى الاستجابات لكل من المنبهات القوية والضعيفة،ومرحلةالتناقض paradoxical phaseوتتميز بإستجابة أقوى للمنبهات الضعيفة عنهاللنبهات القوية ، ثم مرحلة غايةالتناقض ultra pradoxical وتتميز بغياب الاستجابة لكل من المنبهات الضعيفه والقوية مع الاستجابة لمنبهات الكف أى المنبهات التى أدت قبل بداية هذه المرحلة إلى استثارة إستجابات كف فى الخلايا. ونعطى مثلا على ذلك تجربته على أحد الكلاب . كان يدق له مائه دقة من جهاز المترونوم مع تدعيمها بالطعام بينما كانت تدق له ١٥٠ دقة دون تدعيم . بعد تكرار هذه العملية عدة مرات تكون لدى الكلب فعل منعكس شرطى فكلما دق المترونوم مائة دقة كان لعابه يسيل دون تقديم الطعام . أما إذا دق المترونوم ١٥٠ دقة فلم يكن اللعاب يسيل لأن إستجابة كف تكونت. ولنفرض أن الكف يتكون فى بعض خلايا القشرة المخية فإن المترونوم بدقاته المائة والخمسين والتى كانت وظيفتها كمنبه للكف ان تؤدى إلى سيل اللعاب فإنها تسيل اللعاب فى مرحلة غاية التناقض بينما لن تؤدى المائة دقة إلى ذلك. وفى مرحلة التخدير narcotic phase يقتضى الحصول على أقل إستجابة وجود منبه قوى جداً أما فى حالات الكف الكلى فإن الخلايا تقف عن الإستجابة لأى منبه .

وقد ميز بافلوف بين ثلاثة أنواع من الكف ـ خارجى وداخلى ووقائى . وتبين الحالة التالية المقصود بالكف الخارجى: إذا استثيرت بؤرتان فى القشرة المخية يحدث كف لأضعفها طبقاً لقانون التوالد السلبى negative induction .

والكف الداخلى من طبيعة القشرة المخية وحدهـا ويتكون بنفس الطريقة التى تتكون بها إرتباطات شرطية مؤقته ويكمن فى أفعال الكف الشرطية المنعكسة. والكف الداخلى ضرورى فى سلوك الانسان . وإنخفاضه يؤدى إلى عـــدد من الاضطرابات ويحدث النوم نتيجة لانتشار الكف الداخلى على كل القشرة المخية

أما الكف الوقائى فإن قوة رد فعل الاستجابه للخلية العصبية إنما يتوقف على قوة المنبه ، غير أن الزيادة فى القوة لايمكن أن تستمر إلى ما لانهاية . والحد يتوقف على مدى تحمل الخلية العصبية فقد نصل إلى اللحظة التى تعجز فيه الخلية عن مسايرة العمل المطلوب منها وفى هذه الحـــالة ينشأ الكف الوقائى فى الخلية كاستجابة للنبهات المتتالية. ويسمى وقائى لأنه يحمى الخلية من التحطم .

وتستعيد الخلايا العصبية رصيدها من النشاط فى حالة الكف وحدهـا . وعلى هذا الأساس حاول بافلوف نظريا تأكيد أهمية النوم كعلاج .

وقد بين بافلوف أربعة أنماط أساسية للنشاط العصبى . وقارن بينها وبين الأمزجة الأربعة عند أبو قراط: الصفراوى واللمفاوى والبلغمى والسوداوى . كما بين ثلاثة أنماط قوية للجهاز العصبى ورابع ضعيف حددها كما يلى : -

١ - نمط قوى تسود فيه عمليـــات الاستثارة فتتكون فيه الأفعال الشرطية بسهولة وتخمد ببطء .

٢ - نمط قوى تسود فيه عمليات الكف وتتكون لديه الأفعال الشرطية ببطء وتخمد بسرعة .

٣ - نمط قوى تتوازن فيه عمليات الاستثاره والكف.

٤ - نمط ضعيف تكون فيه كل من عمليات الاستثاره والكف ضعيفة .

وفى شرحنا للأمراض العقلية والعصاب النفسى سنقوم بإعطاء تفسير لكل منها فى ضوء هذه النظرية .

نظرية فرويد Freud(١٨٥٦-١٩٣٩):

ونظريته نظرية لتفسير العصاب النفسي استمد عناصرها من خبرته في علاج المرضى بالعصاب بالتحليل النفسي. ويؤكد في نظريته أهمية تاريخ حياة الفرد وخاصة نموه الجنسي، وأثر الغرائز التي يرى أن هناك نوعين منها يختلفان عن بعضها تماما هما الغرائز الجنسية بالمعنى الواسع (الحب) وهدفها البناء، والغرائز الاعتدائية وهدفها التخريب . وتوجد هذه الغرائز في طبيعة تكوين كل عنصر من عناصر الكائنات الحية . كما يعطي أهمية لطاقة الحياة التي تسمى الليبيدو libido وهي قوة تدفع إلى الحصول على اللذة ولها خاصية نوعية معينة، ويرى أن كثيرا من أنماط السلوك البشري لامنطقية وتعزى إلى أسباب لاشعورية .

وهناك مستويات للوعي : ففي المستوى الشعوري توجد الأفكار التي يكون الفرد على وعي بها حاليا وفي مستوى ما قبل الشعور توجد الأفكار التي لايعيها الفرد حاليا ولكن يمكن تذكرها . أما المستوى اللاشعوري فيحتوي على الذكريات والأفكار الجنسية والعدوانية التي لايمكن تذكرها . ويرى فرويد أن اللاشعور يكون الجزء الأكبر من الشخصية وله قوته وأثره على السلوك . ولما كانت مصادر مشكلات الفرد وحلولها توجد في أعماق شخصيته تدعو الحاجة إلى التعمق في داخله لمعرفتها .

وتتكون الشخصية عنده من تكوينات ثلاثة هي الهي the Id، والأنا the ego، والأنا الأعلى the super - ego .

أما **الهي** فتكون الجزء الأكبر من الشخصية، وهي لاشعورية، وغير منطقية وغير منظمة وتسعى إلى اللذة، وبدائية، ومصدر « الليبيدو » أو طاقة الحياة، ومصدر الدوافع ورغبات الحياة والموت، كما أنها مقر الرغبات المكبوتة .

وتعمل **الأنا** كقوة ضابطة متصلة بالواقع . ومن أهم وظائفها أنها تحاول ضبط

الهى والعمل على إبعاد الاندفاعيات والوجدانيات مثل القلق عن مجال الشعور. وتقوم بالضبط عن طريق ما يسمى بالعمليات الدفاعيه . فاندفاعات الهى إذا حيل بينها وبين التعبير المباشر فإنها تقتحم سياج الأنا مقنعة وغالبا بشكل مقبول بحيلة دفاعيه .

أما **الأنا الأعلى** فتتكون من الاتجاهات الخلقية للوالدين ، والتقاليد الاجتماعية التى تعلمها الفرد فى طفولته وامتصها وحكمها فى نفسه ، وما يسمى بالضمير يعتبر من تعبيراتها . ويتحكم الأنا الأعلى فى الأنا ويعاملها بشدة وبقسوة ولا يتنازل عن مطالبه باسم المجتمع والأخلاق .

فكأن الأنا تخضع لثلاث سلطات : سلطة الواقع الخارجى ، وسلطة الهى ، وسلطة الانا الأعلى .

ولما كانت الغرائز والرغبات التى تنبع من الهى تكون فى كثير من الاحوال متعارضة ومتناقضة ومنها ما حالت الأنا دون التعبير عنه تحت الضغوط الواقعه عليها فكبتت فإنه يتكون لدى الفرد ما يسمى بالصراع conflict . وتـــؤدى الصراعات التى يعانى منها الفرد إلى ظهور أعراض مرضية وانحرافات سلوكية تبدو فيمن يعانون من إضطرابات عقلية . كما تبدو فى كثير من أوجه سلوك من يسمون بالسويين ويمكن دراسة نواحى الصراع وتحليلها بدراسة الاحلام وبتعبير الفرد الحر عن مشاكله .

ويؤدى قمع التعبير عن الغرائز النابعة من الهى إلى تولد ما يسمى بالعمليات العقلية وهى حيل تساعد الانا على الاحتفاظ بتوازنها .

وقد قسم فرويد النمو الجنسى إلى مراحل تبعا لمنطقة الجسم التى تسود غيرها

كمصدر لاجتلاب اللذة فى مرحلة العمر الخاصة بها . وأهم هذه المناطق هى الفم ، والشرج ، والاعضاء التناسلية . ولكل من هذه المناطق وسائلها الخاصة فى استثارتها وفى طريقة إشباعها . والانتقال من مرحلة إلى مرحلة لايعنى زوال مظاهر المرحلة السابقة بل تستمر هذه المظاهر جنبا إلى جنب مع مظاهر المرحلة التى انتقل اليها الطفل. إلا أن الاضطراب فى النمو قد يؤدى إلى التثبيت على مرحلة من المراحل دون الإنتقال إلى المرحلة التى تليها ، كما يؤدى إلى بروز مظاهر المرحلة السابقة . فإذا ما صادف الطفل صعابا فى مرحلة من المراحل نكص إلى مرحلة سابقة كان يشعر فيها بالامن والاستقرار . والتثبيت والنكوص يكمل بعضهما البعـــض . والعوامل التى تؤدى إلى التثبيت هى :

١ ـ الاشباع الزائد فى مرحلة من المراحل يجعل من الصعب التخلى عن هذه المرحلة ، فإذا ما صادف الفرد صعابا بعد إنتقاله منها شعر بالحنين إلى المرحلة التى سعد فيها ونكص اليها .

٢ ـ الشعور بالاحباط فى مرحلة من المراحل يعوق الفرد عن التقدم إلى المرحلة التالية . فإذا أدى الاحباط إلى الكبت انفصل الدافع المكبوت عن بقية الشخصية وعجز عن التعاون معها فى التطور والنمو ، ويظل هذا الدافع المكبوت عند المرحلة التى كبت فيها ولايستطيع التحرر منها .

٣ ـ ومما يؤدى إلى الجمود التغير المفاجىء من حالة سعادة وإشباع إلى حالة إحباط وتعاسة.

والقاعدة فى نظرية فرويد هى أن الفرد الذى ينكص إلى مرحلة جنسية من مراحل الطفولة إما أن ينحرف جنسيا ، أو يلجأ إلى حيل دفاعية أخرى بعد نكوصه فيعتبر مريضا بالعصاب النفسى . والفرق بين العصـــاب النفسى

والانحراف الجنسى أن اعراض العصاب النفسى ليست مشبعة للدافع الجنسى ، بينما تعتبر من عناصر الجنسية الطفلية فى الانحراف، وبينما يعانى المريض بالعصاب النفسى من القلق الناتج عن الخوف من فقدان الحب والقلق الناتج عن الخوف من التعبير عن الانفعالات الذاتية ، نجد أن المنحرف جنسيا لا يعانى من مثل هذه الانواع من القلق . والاساس فى العصاب كله عقدة أوديب «حب الطفل لأمه منافسا للأب ورغبته فى التخلص منه .»

الفرويديون المحدثون :

هناك مدرسة حديثة من مدارس التحليل النفسى يسمى أتباعها بالفرويديين المحدثين neo Freudeans يتزعمها إريك فروم وهارى ستاك سوليفان وكارن هورناى . وتتخذ آرؤهم أهميتها فى أنهم حاولوا فهم العصاب فى ضوء الضغوط الثقافية والتفاعل الإنسانى معارضين إتجاه فرويد البيولوجى . وكان فـــروم فى الأصل من المحللين النفسانيين من أتباع المدرسة الفرويدية هاجر من أوربا إلى أمريكا . أما سوليفان فكان من أطباء الأمراض العقلية مكنته خبرته مع المرضى بالفصام إلى إثبات أنه يمكن إنشاء علاقة علاجية مع هـــؤلاء المرضى وكان فرويد يرى إستحالة ذلك . فوسع مجال العلاج النفسى ليضم المرضى بالذهان وكان الاعتقاد السائد قبل ذلك أن العلاج النفسى يستحيل مع كثير منهم .

التقى إريك فروم وسوليفان وكارن هورناى فى أمريكا ونجحوا فى تكوين مدرسة يتركز إهتمامها على دراسة العلاقات الانسانيه وعلاقة الانسان بالمجتمع فى ضوء إسهامات علماء الاجتماع وعلماء الانتروبولوجيا .

ويتفق فروم وسوليفان فى أن المرضى نفسيا يعـــانون من أن أحسن إمكانياتهم تظل مكبوته ويــــالها الاحباط نتيجة لضغوط ثقافية سيئة ،

كما بينا أهمية الصعوبات الانفعالية التى يعانى منها الآباء وخاصة الأم فى التأثير على نمو الطفل .

وعلى الرغم من أن اهتمام سوليفان كان بالعلاج الطب النفسى وتكنيكات العلاج فإنه يعتبر صاحب نظرية فى علم النفس الاجتماعى. أما إهتمام فروم فكان بالأخلاق. وتفيض كتاباته بمعالجة مشاكل المجتمع . وفى رأيه أن مشكلة الانسان هى فى « الطريقة الخاصة التى يحاول بها الانتماء إلى العالم وإلى نفسه» بينما يرى سوليفان أن مشكلة الانسان تكمن فى العلاقات الانسانية . ويتكلم فروم عن « إكتشاف الانسان لحقيقة ذاته » وينضوى تحت ذلك كل إمكانيات الفرد التى يمكن أن تنمو فى أحسن الظروف الإجتماعية. ويفترض سوليفان وجود مجالات كبيرة فى الشخصية لم يكتمل نموها وتؤدى الخبرات المبكرة السيئة إلى أن يصبح الناس « كاريكاتورات مشوهة لما كان يجب أن يكونوا عليه . » ولنتناول الآن أهم آراء كل منهم على حدة .

اريك فروم:

عارض إريك فروم رأى فرويد فى أن الاشباع الغريزى هو مشكلة الطبيعة البشرية . فتكيف الانسان لبيئته لا يتم بالغريزة ولكن بالتعلم وبتدريب الثقافة له . لذلك فإن طبيعة الانسان ووجدانياته وقلقه نتاج ثقافى ، وأن أحسن ما فى الإنسان وأسوء ما فيه ليس من خصائص جهاز بيولوجى ثابت ولكن من نتاج عملية إجتماعية هى التى تخلق الإنسان . ويواجه الانسان مصاعب عصابية نتيجة للحاجات الجديدة التى تولدها ثقافته وللقيود والاحباطات التى تثقل بها الثقافة كاهله . فشهوة التسلط عند الإنسان ورغبته فى الخضوع على سبيل المثال ليست حاجات بيولوجية كما يرى البعض ولكنها إتجاهات نمت من خامة الطبيعة البشرية

بعوامل ثقافية معينة . وإذا كانت الثقافة مريضة وعوامل الهدم فيها هى الغالبة فإن الاحباطات التى يتعرض لها الفرد تؤدى به إلى أن يكون هداما لنفسه ولغيره. فمشكلات الانسان تتصل بحاجاته التى غرسها مجتمعه فيه .

وشعور الانسان بالعزلة يجعله يحن دائما إلى الشعور بالانتمائية الى الغير والتماسك معهم . فيستخدم طرقا غير منطقية للانتماء . وتكون فى العادة واحدة من ثلاثة : إمـــا السادية المـاسوكية sado - masochism ، أو الهـدم destructiveness ، أو الانصياع الآلى automaton conformity . ويسمى هذه الطرق بالعمليات الهروبية . فالأسلوب السادى الماسوكى يمثل موقفا يسعى فيه الفرد الى الاعتماد على آخر للحصول على السند . ويمثل الشخص الآخر هنا القوة أو السلطة التى يمكن استغلالها . وقوته سحرية يمكن الالتجاء اليها ليحل له أى مشكلة . كما أنه ذو امكانيات يمكن استغلالها . أما فى أسلوب الهدم فصاحبه يحاول مواجهة شعوره بالعجز الى تحطيم كل ما يؤدى به الى الوقوف موقف المنافسة أو المقارنه بالغير . وبينما يحاول السادى الماسوكى الاحتفاظ بضحيته بجواره يحاول الهدام التوصل الى عزلة جديدة لنفسه بالانتصار الكامل والقضاء على عدوه ويذكر فروم أنه قد تكون هناك كراهيه منطقية اذا ما واجه الانسان تهديدا لحياته أو لتكامله أما الهدم الذى يمثل محاولة لحل مصاعب عصابية فهو غير منطقى .

أما الانصياع الآلى ففيه ينصاع الفرد انصياعا أعمى لثقافته فينحنى بخضوع لأسلوب الحياة الذى يفرض عليه والتحكم فى تفكيره وشعوره سواء كان هذا الفرض ضمنا أو صراحة .

وأى أسلوب من الأساليب الثلاثة لايعتبر حلا بناء لما يعانى منه الانسان من عزلة .

ويميز فروم بين التسلط المنطقى والتسلط غير المنطقى . فهنـاك سلطة منطقية وسلطة غير منطقية . وتقوم السلطة اذا كانت منطقية على القدرة والكفاءة ونتيجة استقلال الفرد ونموه ، أما غير المنطقية فتقوم على الحاجة المرضية للقوة .ويكون مصدر القوة إما الهبات السرية أو أشكال القهر المختلفة . والشخص الذى يخضع للتسلط غير المنطقى يجد القوة بالتوحد مع مصدر التسلط سواء أكان فردا أو جماعة أو فكـرة .

وعقدة أوديب التى فسرها فرويد على أساس جنسى فسرها فروم على أنها تعبير عن كفاح الطفل فى سبيل التحرر من السلطة الابوية التى تحـــاول صبه فى قالب معين طبقا لرغباتهم .

ويقدم لنا فروم أنماطا من الخلق. والخلق فى رأيه شكل ثابت نسبيا شكلت فيه الطاقة البشرية فى عملية استيعاب الثقافه والتنشئة الاجتماعية. والناس تبعا لذلك منهم.

١ ـ الميال The receptive وهذا النوع يعتقد أن كل شىء يحتاج اليه ويرغبه لابد أن يأتى من مصدر خارجى يخضع له ويخنع ، دون الاعتماد على نفسه وعلى إمكانياته. وهو دائم البحث عن ذى القوة السرية الذى يرعاه ويتكفل به .وهذا النوع مهذب ورقيق غير أن القلق يعتريه إذا لحق تهديد بمصدر سنده .والأسلوب السادى الماسوكى هو الذى يربط بين الاثنين وهؤلاء من نسميهم فى ثقافتنا بالمحاسيب على ذوى السلطة.

٢ ـ الاستغلالى The exploitive : هو ذلك الذى يحاول الحصول على كل شىء إما بالقوة أو بالدهاء وكل شىء فى نظره ليس إلا مصدرا للاستغلال . وكل مايمكن الحصول عليه أو سرقته له جاذبية أقوى من ذلك الذى يمكنه انتاجه بمجهوده وعرقه. وتتسم إتجاهاته بالعداء، وبينما يتصف المالة بالثقة بالنفس يتصف الإستغلالى بالشك والغيرة والحقد والاسلوب الغالب عنده هو الهدم .

ونرى هذا النوع فى ثقافتنا فيما نسميهم بالإنتهازيين ، ونراهم فى العديد ممن وصل الى المناصب الادارية الكبرى .

٣ ـ الكنوز The hoarding ، ويقوم الشعور بالأمن عند الكنوز على الاكتناز . ويثير الصرف عنده القلق . فهو بخيل يسيطر عليه حب الامتلاك . ويقال عنه أنه يعرف كل شيء لكنه عاجز عن التفكير الابتكارى . وهو عادة منظم ، دقيق ، يحافظ على مواعيده ، ولا يتحمل رؤية أى شيء فى غير مكانه .

٤ ـ السلعة The marketing : وهذا النمط على استعداد لبيع أنفسهم وإمكانياتهم لمن يدفع الثمن . ولما كانت هناك ثقافات ترفع شعارات ضرورة التوافق مع المجتمع والحساسية للتغيرات ويقاس النجاح فيها بالقدرة على التلون طبقا للظروف ، فإن هذه الثقافات تكون مليئة بخبراء بيع النفس ، ومن تضم شخصياتهم عناصر التلون لكل زمان وكل ظرف. وهؤلاء لا يشعرون بالاستقلال والفردية لشعورهم العميق بالقلق وعدم الكفاءة واسلوبهم الانصياع والعفوية.

٥ ـ المنتج The productive : إن كل الانماط السابقة أنماط غير منتجة. والإنسان بحكم طبيعته معقول وإجتماعى ومنتج فعليه أن ينتج لكى يعيش . والانتاجية بالمعنى الواسع هى قدرة الإنســان على استخدام طاقاته وتحقيق إمكانياته الكامنة فيه العقلية والوجدانية والاحساسية بما فى ذلك استجاباته للاخرين ولنفسه وللأشياء . والأسلوب الانتاجى يعنى أسلوب الفرد فى الانتماء لكل مجالات الخبرة . ويعنى هذا قدرة الانسان على التفكير المستقل الناقد ، والمشاركة الوجدانية القوية دون أن تجتاحه انفعالاته ، واحترام الذات واحترام الغير، والتمتع بالحياة دون شعور بالقلق أو الكبت، والاستمتاع بالطبيعة والفن... والشعور بان الحياة جديرة بأن يحياها الإنسان .

والتكوين الاخلاقى للشخص الناضج المتكامل المنتج هو المنبع الأساسى « للفضيلة » . « والرذيلة » بعينها هي تجاهل المرء لذاته وتشويهه لنفسه . ان

القيم الأخلاقية الانسانية التى يجب إكبارها ليست إنـــكار الذات ، وليست الانانية ، ولكن حب الذات . إنها ليست إنكار الفرد ولكنها تأكيده لذاتيته وانسانيته . وإذا كان للانسان أن يثق فى القيم فعليه أن يعرف نفسه وقدرة طبيعته البشرية على الخير والانتاجية .

ويعنى ذلك

ا ـ أنه يجب الاجماع على أن البشر جميعا يشتركون فيما يسمى بالانسانية التى هى جوهر طبيعة الانسان .

ب ـ إذا أمكننا معرفة الطبيعـة الحقيقية للانسان فإننـا سنتوصل إلى معرفة مايجب عليه أن يفعل لتحقيق جوهر طبيعته... تحقيق ذاته .

حـ ـ إن فشل الفرد فى أن يعيش طبقا لحقيقة طبيعته امتهـان للقانون الخلقى الاساسى ويؤدى إلى ١ ـ تحطيم تكامله العقلى والانفعالى ، ٢ ـ الضياع البشرى، ٣ ـ الشعور المضنى بفشل المرء فى تحقيق ذلك الشىء الموطد فى داخله... والشعور بالغربه عن حقيقة ذاته . فكأن المعيار هو الحيدة عما هو انسانى وما هو من صميم طبيعة الانسان وما يؤدى إلى تحقيق هذه الطبيعة ... تحقيق الذات .

سوليفان :

يعتبر أول من صاغ نظرية فى نمو الشخصيةمن بين كل من جاءوا بعد فرويد. ويسمى سوليفان نظريته بنظرية العلاقات الانسانية المتبادلة . فهو يرى أن الانسان نتاج لعملية تفاعله مع الغير ، وتبزغ الشخصية من القوى الشخصية والاجتماعية التى تؤثر فيه منذ لحظة الميلاد . ويسعى الانسان فى حيـاته إلى تحقيق هدفين هما التوصل إلى الاشباع ، والتوصل إلى الشعو بالأمن . أما التوصل إلى الاشباع فيكون باشباع حاجاته البيولوجية ، أما تحقيق الشعور بالآمن فيكون عن طريق العمليات الثقافية . ويمتزج الهدفان وعملياتهما فى نسيج واحد . فإذا كانت الثقافة

تتدخل فى السعى لتحقيق الاشباع كما هو الحال فى النشاط الجنسى فإن ذلك يصبح مشكلة، غير أن معظم المشكلات النفسية تنبع من صعوبات تعترض الفرد لتحقيق الشعور بالأمن ، والشعور بالأمن يقوم عنده على الشعور بالإنتماء وشعور الفرد بأنه مقبول فى جماعته. إذ يتعلم الطفل حتى قبل أن يتكلم اتجاهات الثقافة عن طريق اتجاهات من لهم دلالة من الافراد من حوله وخاصة الأم. فقلق الأم وغضبها وعدم رضاها يعطى الطفل شعورا بعدم الراحة وفقدان النشوة euphoria . ويصبح رضا الاباء وغيرهم أو عدم رضاهم أسلوبا من أساليب التعليم. فالرضا يؤدى إلى شعوره بالراحه بينما يؤدى عدم الرضا إلى شعوره بالقلق وفقدان الأمن. فتحقيق الأمن ينتج من تحقيق التوقعات الاجتماعية .

والقلق والتوتر يلعبـــان دورا هاما فى نظريته . فالتوصل إلى الاشباع أى اشباع الحاجات الجسمانية يؤدى إلى إزالة توتر العضلات الملساء اللا ارادية والشعور بالراحة والارتخاء . وعندما تبدأ الام فى استخدام التحريمات يصبح توتر العضلات الملساء وارتخائها غير متوقف على الحاجات البيولوجية من ناحية الاشباع أو عدم الاشباع ، ولكنها تتخذ وظيفة أخرى إذ تتأثر بكل ما يبعث على عدم الراحة . وعجزه عن تحقيق التوقعات منه يؤدى إلى المزيد من التوتر العقلى . فيبعد عن مجال الشعور مظاهر مختاره من توقعاته التى ثبت أنها تبعث على القلق . ولا تؤدى محاولاته عن طريق النشاط إلى التخلص التام من القلق لان مستوى القلق لا يسار فى سرعته أنماط التفريغ الخاصة بالتوترات الجسمانية .

والقلق عند سوليفان قوة لها أثرها فى تكوين الذات والنفس غير أنها قوة معوقة . إذ تقلل من قوة الملاحظة كما تقلل من القدرة على التمييز وتعوق الحصول على المعلومات كما تعوق الفهم وتؤدى الى قصر النظر وهى عادة تنزع إلى ابعاد

الموقف الذى بعث عليها من مجال الوعى . وفى سعى الطفل إلى تجنب الشعور بعدم الراحة الذى يؤدى إليه عدم رضاء الآخرين ينزع إلى تنمية وتأكيد المظاهر الموجودة فى ذاته التى تبعث على سرورهم وتقبلهم ويعزل تلك المظـــاهر التى لا تبعث على رضائهم ولا يعترف بها كجزء من ذاته . وليس من السهل عليه استيعاب هذه المظاهر المعزولة إلا بالعلاج النفسى فيما بعد حين يتمكن من الانفعال بها والاعتراف بها كجزء من ذاته .

وتتكون الذات أو النفس باستغلال الامكانيـات الذاتية للحصول على رضا الآخرين وخاصة الام وتجنب عدم رضاهم . وتجنب القلق الذى يبعث عليـه فى البداية عدم الرضا أكثر القوى أثرا فى تكوين الذات . ولمـــا كان القلق نتيجة مباشرة لفقدان الشعور بالكفاية من وجهة نظر من لهم أهمية من الافراد عنده يتضح لنا أن الثقافة تقرر ما إذا كانت الذات ستتضمن كثيرا من امكانيات الفرد الذاتية أو أنها ستجعل منه كاريكاتورا مشوها لما كان يجب أن يكون .. فإنه يرى نفسه فى ضوء ما يراه فيه الآخرون . فإذا كان الاباء يحبونه ويحترمونه فإنه سوف يحترم نفسه ، أما إذا كان اتجاههم سلبيا نحوه فإنه لن يتمكن من ذلك . فالذات عند سوليفان تتضمن المظاهر المقبولة وغير المقبولة أما نسبة كل منها إلى الأخرى فيتوقف على المعاملة التى كان يعامل بها فى باكورة حياته . والذات تنظيم ثابت يتضمن أكثر مما هو شعورى فى أى وقت . والخلاصة إن نظـــام الذات عند سوليفان عبارة عن نتاج الرغبة فى التوصل إلى رضا الآخرين والاجتهاد فى تجنب عدم رضاهم أثناء التفاعل معهم . ونظـــام الذات جزء من الشخصية يمكن ملاحظته . فالانسان تشكله ثقافته وكل محاولة للانشقاق عليها يبعث على القلق .

والعلاقات الانسانية المتبادلة عند سوليفان لاتقتصر على مجرد العلاقة بين شخصين أو أكثر لهم وجود فى الواقع فحسب فقد يكون هناك تجسيم تخيلى لأشخاص لاوجود لهم إلا فى الخيال . كن يرسم صورة لزوجة مثالية لاوجود لها فى الواقع . كما أن المرء قد يضفى على بعض الناس زورا خصائص استمدها من أفراد كانت لهم أهمية من حياته فى الماضى وحينئذ يمكننا القول أن العلاقات الانسانية المتبادلة يمكن أن تقوم بين المرء وأى فرد أوأفراد آخرين ولهم وجود فى الواقع أو فى الخيال .

فإذا كان هناك موقف يستجيب فيه فرد لشخص لاتوجد صورته إلا فى خياله فقد يعنى هذا وجود تحول لاتجاهات الفرد فى طفولته نحو أبويه الى الموقف الحالى. كما قد يعنى أيضا تقمص المرء لأشخاص آخرين . ومن الطرق التى تستخدم لتعليم المرء ماهو واقعى أن يقوم الشخص بمقارنة آرائه بآراء الآخرين وبهذا الشكل يتمكن من تصويب كثير من آرائه وأفكاره ويقترب من الحقيقة .

ويقسم سوليفان مراحل النمو إلى ست مراحل هى :

١ ـ مرحلة المهد من الميلاد حتى الوقت الذى تنمو فيه القدرة على الكلام . وأهم عامل فى هذه المرحلة هو العلاقة بالأم ويتوصل الطفل تدريجيا فى هذه المرحلة الى بعض الوعى بحدود قدراته ويبدأ فى رؤية نفسه كوحدة منفصلة عن غيره .

٢ ـ مرحلة الطفولة وتمتد من نهاية مرحلة المهد الى الوقت الذى يصبح فيه التعاون مع القرناء ممكنا. وفى هذه المرحلة يلقن الطفل كثيرا من متطلبات الثقافه. ويبدأ الصدام بين كثير من رغبات الطفل ورغبات الوالدين .

٣ ـ مرحلة الصبا : وتغطى هذه المرحلة الفترة التى ينمو فيها التعاون مع الأطفال الآخرين والتنازل عن بعض اهتماماته فى سبيل تماسك الجماعة ، كما يتعلم مقارنة نفسه بالآخرين عن طريق المنافسة . كما يبدأ فى اكتشاف البيئة حوله خارج نطاق المنزل وهذه البيئة قد يكون لها معايير تختلف عن تلك التى يتمسك بها

الآباء فى المنزل . وينشأ لدى الطفل الخوف من المقاطعة وتكون لديه الرغبة فى الانتماء .

٤ ـ مرحلة ماقبل الفتوة مابين سن ٨ ½ وسن ١٢ سنة ويعتبرها سوليفان أهم مرحلة ففيها تحرك من إطار التركز حول الذات الى السلوك الاجتماعى الكامل وهنا تبدأ ظهور القدرة على إيجاد علاقة صداقة، وبظهور الصداقات يظهر فى حياة الطفل من يهتم بهم إهتمامه بنفسه ، ويكون هناك من يشاركه فى أفكاره ونشاطه ويمكن القول انه توجد « حالة حب » .

٥ ـ المرحلة التالية هى مرحلة الفتوة adolescence ويقسمها الى ثلاث مراحل . الفتوة المبكره من بداية النضج الجنسى الى اكتمال تغيرات الصوت ، والفتوة المتوسطة الى تنميط السلوك الجنسى، والفتوة المتأخرة حتى إنشاء مواقف فيها علاقات اليفة مستمرة .

وبهذا نرى أنه لايعطى للناحية الجنسية الدور الأساسى فى مراحل النمو ، ولم يعطها أهمية إلا فى مرحلة الفتوة .

لقد كان لنظريته أثر كبير فى العلاج النفسى من ناحية تحديد دور المعالج فى العلاقة العلاجية التى هى علاقة متبادلة .

كارن هورناى :

وهى من المحللين المحدثين. وتختلف مع المدرسة الفرويدية كما يختلف زميلاها. إذ ترى أن السلوك السوى إنما هو نتاج لاضطرابات فى العلاقات الانسانية . كما لا تهتم بخبرات الطفولة الأولى وكبت الدوافع البيولوجية إهتمامها بالتكوين الخلقى الحالى للفرد وصراعاته. وهى فى ذلك لاتنفى الخبرات المبكرة فى تكوين الشخصية إذ ترى أن خبرات الطفولة الأولى وصراعاتها تؤدى إلى تكوين بنيان خلق فريد يعد الفرد لصعوبات عصابية فيما بعد . ويختلف هــذا الرأى عن رأى المحللين

الأوائل الذين يرون أن صراعات الشخص وما يعانى منه من عصاب تكرار لخبرات منعزلة فى الطفولة .

وتميز بين القلق « السوى » وهو عبارة عن الخوف من أحداث عينية كالموت أو حادثه من الحوادث، والقلق « العصابى » أو « الأساسى » وهوخوف ينبع من علاقات مبكرة حين مجابهة الفرد لعالم عدوانى . ويؤدى مثل هذا الخوف إلى تكوين عمليات دفاعية .

وهناك أربع طرق يلجأ إليها الفرد للتهرب من القلق هي التبرير ، والانكار ، والتخدير ، وتجنب المواقف التىقد تؤدى إلى التفكير فيه،فيحاول الفرد بالتبرير أن يحول القلق إلى مخاوف معقولة، فالأم التى تبدى قلقا زائدا على أولادها قد تبرره بالخوف عليهم من الأمراض أو الحوادث أو ما إلى ذلك . ويكون إنكار القلق شعوريا أو لا شعوريا. والفرد الذى يبرر قلقه بخوفه من الظلام أواللصوص قد يتحدى هذا الشعور بتعمد النوم دائما فى الظلام لإظهارعدم خوفه منه،وقد يترك باب مسكنه مفتوحا لكى يثبت لنفسه أنه لايخشى إعتداء اللصوص . وقد يتغلب بذلك على مخاوفه من الظلام واللصوص . ولكنه لايتغلب أبداً على قلقه الأصلى فهذا انكار شعورى . أما الانكار اللا شعورى فيتضمن كبت القلق الذى تنم عنه المصاحبات الجسمانية من رعشة وتصبب العرق وازدياد نبضات القلب والاسهال وما الى ذلك . ويقصد بالتخدير محاولة التغلب على القلق بتعاطى المخدرات وشرب الخمر. ومما يجدر ذكره فى هذا الصدد أن المقامرة وركوب الشطط فى إشباع الدافع الجنسى ماهى إلا محاولات هروبية أثرها كأثر التخدير . ومن أمثلة تجنب المواقف التى تؤدى الى القلق مثل الفتاة المتعلمة التى تعبر عن إحتقارها للرجال بالابتعاد عنهم والامتناع عن التحدث اليهم، بدعوى أن فى ذلك محافظة على التقاليد وآداب

السلوك . وهي في الحقيقة تتجنبهم لكي لا تستثير القلق الذي يلاحقها لفقدانها ثقتها بنفسها وبمدى تأثيرها على الرجال واكتساب إعجابهم .

ويتصل بما أسمته « القلق الأساسي » ، « العداوة الأساسية » إذ ترى أن القلق العصابي إنما ينبع عن وجود عداوة مكبوتة أسقطت على الآخرين، ورؤية الدنيا كدنيا عدائية يؤكد قلقا وكبتا للعداوة ، وهكذا .

وتتكلم عن « الصراع الأساسي» والذي يوجد في مستوى لاشعوري. ويدور هذا الصراع حول وجدانيات الاعتماد والحب الموجودة لدى الفرد نحو الوالدين ومعها وجدانيات العداوة نحوهما لإضطراره للاعتماد عليهما . ويتحرك الشخص السوى بحرية بين النزعات المتعارضة: بين الاستقلال والاعتماد بينما يكون العصابي حوازيا في سلوكه ويرى أن مشاعره الاستقلالية والاعتمادية تسير في إتجاهات مضادة . وتؤدى هذه الحالة الى الحد من تلقائية الفرد وإعطاء الضحية الشعور بالضياع وفقدان الارادة والتعب .

وترى أن أهم ما يميز المرضى بالعصاب النفسي عن الأسوياء هو جمودهم في السلوك وفي إستجاباتهم للمواقف المختلفة، كذا الاختلاف بين قدراتهم وتحصيلهم. فالشخص السوى فعلا قد يتشكك في أي موقف استثار فيه الشك ، بينما نجـــد المريض على استعداد للتشكك في أي موقف بل يسعى الى البحث عما يستثير هذا الشك ويؤكده .

وفي رأيها أن هناك أربعة عوامل تلعب أدوارا هامة في العصاب النفسي . وهذه العوامل تتشابك ويغذى بعضها بعضا وتخلق الصراع ، وقد يسود أحدها فيطبع المريض بطابعه . وهذه العوامل هي :

١ ـ الحاجة الملحة الى العطف : وتبدو هذه الحالة في المحاولات التي يبديها المريض لاكتساب العطف والحب . فقد يضحى بالغالي والثمين في سبيل إرضاء

الغير والتضحية من أجلهم . وهو فى قرارة نفسه كاره لما يفعل لأن الشعور الكامن هو الخوف من الناس والحق عليهم ، وكأنه بتضحياته لاكتساب الحب يقول للناس « إننى أعبر عن حبى لكم حتى لا تؤذونى » . إلا أنه يريد حبا مطلقا دون قيد أو شرط . ولا تجدى معه أى محاولة لإظهار الحب له . فهو يريد المزيد منه دائما مع عجزه عن مقابلة الحب بحب حقيقى من ناحيته لأنه يشعر فى قـــرارة نفسه بعجزه عن أن يحب ، فهو لا يرضى بعلاقة فيها المساواة فى تبادل الحب . ونتيجة لفشل هؤلاء فى الحصول على مايبتغون من حب وعطف بالشكل الذى يرضيهم ، نجد الكثير منهم ينتقلون من علاقة غرامية الى أخرى دون أن يجدوا فى كل ذلك أى إشباع .

٢ ـ الحاجة الملحة الى القـــوة : وتبدو هذه الحاجة فى نزوع المريض الى السيطرة واكتساب الصيت والحصول على الثروة . وتنبع كل هذه الرغبات عن إحساس عميق بالقلق والكراهية والحقد والشعور بالنقص . ويبدو أنه يشعر أن إستحواذه على القوة قد يحميه من إيذاء الناس له . فنجده يباهى ويفاخر بالمال أو الجاه أو الذكاء أو العلم . ويعز عليه أن ينسب إليه الخطأ ، فرأيه دائما هو الصواب . وهو يحاول اكتساب الصيت بالتعرف على الشخصيات الهامة ، كما يحاول أن يكون دائما فى المقدمة بين أقرانه مستغلا أى سلاح فى التفوق عليهم. فينقص منهم ومن قدراتهم وقد يستغل الوشاية والكذب والسخرية والتهكم وما إلى ذلك. ويقع هذا الفرد فى صراع بين حاجته لحب الناس وخوفه من إنتقامهم ويعجز عن حل هذا الصراع . إذ أنه يجمع بين النقيضين: رغبة فى السيطرة على الناس ورغبة فى اكتساب حبهم .

٣ ـ الخنوع المرضى : وتظهر أعراض هذا الخنوع فى تقبل الفرد لمبادىء معينة تؤمن بها هيئة ما أو فرد ما. كما نجد أنه نادرا ما يعارض أى فرد بل يتقبل

آراءهم ورغباتهم ويسير فى التيار . فاذا كان من الصنف الأول فهو يتقبل السلطة التقليدية وما تبديه من توجيهات ، وإذا كان من النوع الثانى فهو يكبت أى رغبة نابعة من نفسه ، كما يكبت أى نقد يرغب فى توجيهه للغير . بل كثيرا ما يتقبل إهاناتهم دون دفاع عن نفسه . وفى كلتا الحالتين يعتقد الخانع أن الخنوع هو الوسيلة التى تجنبه الأذى وتكسبه الرضا .

٤ ـ الانزواء المرضى : يتخذ هذا الشخص من الاستقلال عن الغير سواء فى تحقيق حاجاته الداخلية أو الخارجية وسيلة لحماية نفسه . فخشيته من الناس وخوفه منهم يؤديان به الى الابتعاد عنهم . ويعتقد هـذا الشخص أن فى ذلك تخفيفا لحدة قلقه .

ومن مفاهيمها الهامة مفهوم «الاغتراب عن النفس » alienation from self ومفهوم «دكتاتورية الأشياء الواجبة» ويقصد بالمفهوم الأول حالة المريض العامة التى تتضمن خوفه من فقدان ذاته ، ووجود الافكار والوجدانيات المهوشة ، وشعوره بغرابة أفكاره ووجدانياته . أما المفهوم الثانى فيقصد به النزعة القوية لدى كثير من المرضى للسعى بطريقة حواذية لان يكونوا كما يجب أن تكون عليه ذواتهم المثالية دون مراعاة لظروف الواقع فى حياتهم .

الباب الثانى

الصحة العقلية

الفصل الثالث

الصحة العقلية

مقدمة :

من المعروف أنه يصعب تحديد مفهوم الصحة العقلية فى مراحل التغير السريع الذى يطرأ على المجتمعات خاصة ذلك التغير الذى يصاحب الأزمات المتلاحقة أو الحروب أو الثورات .

ونحن إذا نظرنا إلى العالم حولنا بعد أن شاهدنى هذا القرن حربين عالميتين لم تفصل بينهما سوى فترة عشرين سنة كان من نتائجها اهتزاز العالم كله اقتصاديا وسياسيا واجتماعيا . وتصارعت الايديولوجيات وكافحت دول وشعوب كانت مستعبدة فى سبيل حريتها . واشتعلت ثورات التحرير فى آسيا وأفريقيا وأمريكا اللاتينية للتحرر من نير الاستغلال الخارجى ممثلا فى الاستعمار ، ومن الاستغلال الداخلى لإرساء قواعد للعدالة الاجتماعية ولتهيئة الظروف التى تحفظ للمواطن آدميته. ووجد الاستعمار حليفة الداخلى لإثارة الشعب وبث الفتن والالتجاء إلى العنف فتتابعت الثورات وتتابعت الحروب الصغيرة التى كان يرجو فيها مشعلوها ألا تعنى إلا الأطراف المتنازعة فخاب فألهم وامتد أثرها إلى العالم كله . ووقفت القوى الاستعمارية ممثلة لمصالح الرأسمالية طرفا فى كل نزاع لتفرض سيادتها على العالم، فوقفت وراء كاى شك ضد ماوتسى تونج والصين الشعبية، ومع فرنسا ضد الهند الصينية، وحركت الجيوش ضد الشعب الكورى وضد شعب كوبا ، واغتالت جيفارا ، وقاتلت الشعب الفيتنامى، وأثارت الفتن فى الشعوب الافريقية، وناهضت

العرب وسخرت إسرائيل ضدهم لتثرى حفنة من الاحتكاريين ملكوا زمام الأمور داخل بلادهم، ليعانى العالم ويعانى المواطن فى العالم الرأسمالى من فقدان ذاته فى خضم المعارك التى يزج فيها ليحارب أخيه الانسان باسم الانسانية، وليقضى على الحريات باسم الحرية، وليموت هو ويحيا جلادوه... وفى خضم الصراع العنصرى وصراع القيم والصراع الطبقى، والحياة طبقاً لقانون الغابة الذى زيفوه له تحت إسم المنافسة والمباراة الفردية والجهود الذاتى. غير أنه لا يعيش وحده فى هـــذا العالم .... إن الاحتكاك العالمى وسهولة الاتصال وسرعته كسرت حواجز العزلة بين الشعوب. وإذا كان المجتمع مرآة يرى فيها الفرد نفسه، فقد أصبح المجتمع العالمى المرآة التى يرى فيها المواطن فى المجتمع الرأسمالى وجهه الكالح ... إن المواطن - أى مواطن - لم يعد واقعه قاصراً على حدود أسرته أو بيئته المغلقة ومجتمعه الذى يعيش فيه، بل أصبح مجال الواقع يضم العالم كله، وما يحدث فى أى بقعة من الأرض يتأثر به الجميع فى كل مكان... لقد بدأ المواطن فى العالم الرأسمالى ثورته معبراً عنها ببعض مظاهر الاحتجاج... بالتظاهر، بالاغتيالات، بالعنف، بتعاطى المخدرات، بإدمان الخمر، بالدعارة، بالجريمة، بمحاولة العودة إلى الحياة البدائية بالشكل الذى أستنته جماعه الهيبيز وغيرهم.

إن مظاهر الاحتجاج تجتاح العالم الغربى كله منذرة بانهيار صرح ثقافات لوثت عناصرها بدماء الشعوب الإسيوية والافريقية.

ويقوم الكيان الإنسانى على علاقات يقيمها الانسان بينه وبين ربه، وبينه وبين غيره من الناس، وبينه وبين المادة. ولا يسير التقدم فى هذه الاتجاهات كما يبدو لنا حاليا بنفس السرعة وبنفس الخطى. ففى الوقت الذى تخلفت فيه الدول المتقدمه فى علاقة الانسان بالانسان وفى علاقة الانسان بالله نجدها قد تقدمت فى علاقة الانسان بالمادة فيما وصلته من تقدم علمى وتكنولوجى، نجد الشعوب

التى تنعت بالتخلف حطم لها المستعمر قيمها وعقائدها ونفث السموم فى العلاقات الإنسانية بين أفرادها واستنزف مادتها ... فتخلفت فى كل الاتجاهات .

والتقدم العلمى والتكنولوجى يمثل ثورة ، ويعنى تغييرا إجتماعيا وثقافيا وقتصاديا ... ويعنى قدرة الإنسان على تحكمه فى عالمه . وهذه الثورة بما فتحته وما سوف تفتحه من آفاق عامل هام من عوامل التغيير الذى قد يؤدى بالعالم إما الى نهايته بتسخير العلم والتكنولوجيا للدمار والخراب ، أو سعادة البشرية بتوجيهها للرفاهية وحل المشكلات التى يعانى منها الإنسان فى أرجاء العالم .

وفى الوقت الذى نجد فيه ثورات التحرر تجتاح العالم وتقابل بالقهر والحروب وأسلحة الدمار والموت الجماعى ، وفى الوقت الذى تجعل فيه مخترعات الغد من مخترعات اليوم فى حساب التاريخ نجد بقاعا من العالم تعانى من الانفجار السكانى والفقر ، والأوبئة ، والهجرة الجماعية ، وإعادة التوطين ، وأخرى تسابق الزمن فى سبيل التصنيع والتحضر وما يتبع ذلك من مشكلات .

كل ذلك يتم فى إطارات من الصراع العقائدى وصراع الايديولوجيات والقيم. وسوف يمر وقت قبل أن يصل العالم الى مرحلة من الاستقرار لتبرز القيم الإنسانية التى يمكن أن يجتمع حولها الناس والتى ليست الآن إلا مجرد شعارات.

فى ضوء ذلك كله تبرز أمامنا مشكلة . أين الجو الذى يمكن أن يتوفر فيه للمرء صحته العقلية ؟ وما هى الصحة العقلية ...... ألم تساعد كل هذه الظروف على زيادة الاضطراب النفسى والمرض العقلى ؟

ويطرح العلماء هذه القضايا (ماروياما ـ ١٩٥٩)

ـ هل المجتمع المتغير المتحرر المتطور يمثل فعلا بيئة غير صحية ؟

ـ هل زيادة الاتصال والحراك الاجتماعى من العوامل التى تؤدى الى فقدان المرء لفرديته ؟

ـ هل الأمن يتوفر فى الاستقرار ؟ ... وهل الاستقرار هو هدف مايقوم به الفرد من نشاط ؟

ـ هل الفردية تؤدى الى العزلة ؟

ـ هل الانبساطية سطحية والانطوائية فيها عمق ؟

ـ هل الأفعال أكثر سطحية من الدوافع ؟

ـ هل الموضوعية أكثر سطحية من الذاتية ؟

ـ هل التفكير العلمى يمثل النضج بينما يمثل التفكير الانفعالى عدم النضج ؟

ـ هل القدرة على التجريد والتعميم عـــلامة على النضج بينما غيابهما يمثل عدم النضج ؟

ـ هل القدرة على إدراك الأخطاء البشرية علامة على السطحية ؟

عشرة قضايا تنضوى كل قضية منها على تناقض وتتخذ كل قضية منها لبيان مدى الصلة بين الصحة العقلية والثقافة ولكل نقيض معارضوه ومؤيدوه . ولدى المؤيد والمعارض ما يسوقه من أدلة وحجج على صحة رأيه . ولن نجد إجابة شافية لحسم الموقف . ولعلنا اذا حاولنا تحديد المفاهيم نتمكن من إلقاء بعض الضوء الذى قد ينير لنا السبيل . والمفاهيم التى سنتناول إيضاحها هى المرض العقلى فى مقابل الصحة العقلية، والشذوذ والانحراف فى مقابل السواء، والتكيف فى مقابل سوء التكيف .

١ ـ المرض العقلى والصحة العقلية :

رأينا فى الفصلين السابقين كيف جاهـــد رواد الطب والانسانيون على مر العصور لإثبات أن الجنون مرض، وناضلوا حتى اتخذت الأمراض العقلية مكانها كفرع من فروع الطب . ودرج الأطباء على إستخدام مصطلح الأمراض العقلية.

ولا يعنى إستخدام هذا المصطلح أن هناك إتفاقا تاما بين العاملين فى هـــذا الميدان على سلامته ودقته فنجد آدمز Adams (١٩٦٤) ينادى بأنه لا يوجد مايسمى « بالمرض العقلى » فى أى صـــورة لها معنى معقول . إن الحقيقة هى أن مصطلح المرض العقلى يطلق دون تمييز على مجموعة من أنماط السلوك فى العلاقات الإنسانية المتبادلة . فالمرض العقلى ليس إلا ظاهرة تتضمن سلوكا فى عـلاقات إنسانية متبادلة . ويجب أن تقوم برامج الوقاية تبعا لذلك على فهم منظم للسلوك فى هذه العلاقات . وهو يتفق فى ذلك مع شاز Szasz (١٩٦١) ففى رأيه أننا حين نقول أن شخصا ماعنده مرض عقلى أو أنه يعانى منه ، فإننا نؤكد حكما منطقيا مشكوكا فى أمره لأنه من المستحيل أن نؤكد ما إذا كان هذا الحكم صوابا أم خطأ لأن المدى لمعنى مصطلح المرض العقلى واسع جدا . إن بعض علماء النفس قد استعملوا هذا المصطلح « المرض العقلى » للحط من قدر بعض زملائهم وإيذائهم فى الوقت الذى يستعملون فيه مصطلح « الصحة العقلية » للدعاية لأولئك الذين يحترمونهم ويحبونهم ... وعلينا أن نفحص بتمعن وبدقة طبيعة الموقف الحالى لاتجاهاتنا العلمية نحو ما يسمى بالمرض العقلى .

ونستخلص من هذين الرأيين :

١ ـ أن مصطلح المرض العقلى مصطلح عام ، مداه واسع ، وبالتالى لا يعتبر مصطلحا دقيقا لأنه يتضمن مجموعة كبيرة من أنماط السلوك .

٢ ـ إن المجال الذى يظهر فيه الاضطراب العقلى هو مجال العلاقات الإنسانية المتبادلة وعلينا أن نقوم بدراسة السلوك فى مجال هذه العلاقات دراسة منظمة .

٣ ـ يعنى المرض العقلى وجود نقيض له هو الصحة العقلية . والصحة العقلية بالتالى مفهوم نظرى غامض . وقد نادى أبقراط ومن جاءوا من بعده حتى فرويد أنه لا يوجد حد فاصل بين المرض العقلى والسواء وأن السوى لا يختلف

عن المريض فى النوع ولكن فى الدرجة . ويمكن ترتيب الأفراد على متصل مستمر بين السواء والشذوذ . وبالتالى يمكن أن يوجد السلوك المرضى فى محتوى سوى كما أنه من الممكن أن يوجد السلوك السوى فى محتوى مرضى . والخلاصة إننا نرفض حاليا تصنيف الناس فى فئتين متناقضتين : أبيض وأسود ، عاقل ومجنون ، مريض عقليا وسليم عقليا .

٤ - إن مصطلح المرض العقلى يمكن أن يتخذ للحط من شأن الفرد وبهذا يصبح لفظة من ألفاظ السب والتجريح بينما يستخدم مصطلح الصحة العقلية للمدح والتقريظ .

ونسوق فى هذا المقام وجهة نظر جاءت فى مقال بالأهرام بتاريخ ١٩٦٩/٣/١٤ تحت عنوان دفاع عن الجنون يعرض فيها كاتب المقال * بالمحاولة التى تبذل من جانب الاتهام والدفاع والشهود وتسخير أعجب إبداعات العلم الأمريكى لإلصاق تهمة الجنون بالشاب الفلسطينى سرحان الذى قتل روبرت كنيدى لمناصرته الصهيونية ضد وطنه فلسطين . يقول الكاتب .

« وسبب هذا التكالب على محاولة إثبات جنون سرحان ، هو تحت شعار الحرص على حياة المتهم ، وتوفير الدفاع الذى يحميه من الكرسى الكهربائى ، حرص أعظم على امتصاص سلوك سرحان داخل نطاق القيم الأمريكية، والحيلولة دون أن تصبح قضيته قضية تدين العنصرية فى أرض فلسطين وفى المجتمع الامريكى على حد سواء . ولذلك اكتشفت له بدعة « ازدواج الشخصية » ...

غير أننا لا يسعنا إلا أن نعترف بأننا شديدوا الايمان بضرب من ضروب الجنون ... جنون جليزوبس عندما جرأ على أن يتحدى سلطات الاحتلال

---

* محمد سيد أحمد : وجهة نظر ، دفاع عن الجنون

النازى ، ورفع علم اليونان فوق الاكروبول ... جنون فوتشيك التشيكى ، وجابرييل بيرى الفرنسى وبطولات لاتنتهى من أساطير المقاومة التى فجرت مشاعر شعوب بأسرها ، وحققت حلم تحرير العالم من كابوس النازية .

واليوم ـ واخدا بهذا التعريف ـ كان أول فدائى فلسطينى، ألقى قنبلة فى الحى اليهودى بالقدس مجنونا ـ وكذلك كان تدبير إنفجار السيارة السوداء ، وضرب السوق الكبيرة ـ كما يتسع الجنون لهؤلاء الذين يرقدون اليوم ـ رابطى الجأش ـ فى سجون أثينا وزيورخ ، إنتظارا لمحاكمتهم . وربما يتسع التعريف ـ فوق ذلك كله ـ للقائد العسكرى الذى رأى واجبا عليه أن يباشر متابعته للمعركة ، وقوفا فى الصف الأول .

نعم ، بهذا المنطق ، مجنون هـــذا الذى يرفض الامر الواقع ، والقيم المفروضة ، والتسليم بما هو قائم . وهو إتهام طالما وجه الى كل ثائر ، وكل ثورى وكل من ينشد التغيير ، مهما بدت العقبات كالجبال الشاهقة .

ولكن أفرادا شذوا عن الإجماع استطاعوا عبر القرون أن يفرضوا إرادتهم، ويجسدوا إرادة التغيير ، وتجاوز المجتمع تقلصاته واختناقاته » .

ونود أن نقرر أن المفاهيم التى يتضمنها هذا المقال لم تتولد عن انفعال أو حماس ، وليست تبريرا سياسيا لسلوك يدينه مجتمع معين ... إن المقال يقوم على حقائق علمية مدعمة لاتحتمل التأويل ...

يقول واركنتين وزملاؤه (١٩٦١) Warkentin etal إن الجنون هو التمتع بالتلقائية، وعدم الانصياع للثقافة مؤقتا ... إن التخلى عن تنظيم الشخصية بإزاحة القيود المفروضة عليها وعوامل النقص وعوامل الكف سعيا وراء طريقة أكثر إشباعا للحياة مع أنفسنا ومع غيرنا من الناس يعتبر جزءا هاما من الخبرة

البشرية . إن الحرية فى أن يكون الفرد غير معقول تؤدى إلى ثراء الحياة وتنوعها، وفى بعض الحالات تكون القدرة على أن يسمح الفرد لنفسه بأن يتفكك نظامه مما يسهل عملية الصحة العقلية . إن الجنون النافع يؤدى إلى خبرات توسع من حدود الشخصية ......

ونحن نتساءل أكان هؤلاء العلماء يصفون الجنون المرضى ، أم يصفون الجنون من النوع الذى يتهم به سرحان والذى هو بعينه الصحة العقلية .

يقول ماسلو Maslow (١٩٦٤) « إن النفس السليمه ليست مجرد أداة للتلاؤم ولكنها تظهر نزعة نحو التطلع فى داخلها للبحث عن القيم والقواعد التى يمكن أن تعيش بها . إن الاصحاء يظهرون عادة انفصالية وإستقلالا وطابعا للحكم الذاتى وكل ذلك يلخص بيئتهم ولا يتوقف عند مجرد النجاح النفسى فى الخارج ولكن يبين أيضا التوافق الداخلى والصحة العقلية »

ويقول بلاتز Blats (١٩٥٧) « إن الصحة العقلية وظيفة لتقبل تبعات القرارات التى يتخذها الفرد ، والفرد الذى لا يتجنب أبدا عواقب سلوكه سواء أكان هذا السلوك خارجا على قواعد الضبط أو خاضعا لها فهو شخص فى تمام الصحة النفسية»

ويرى بونر (١٩٦٢) أن الشخص السليم نفسيا يرى نفسه كشخص نشط يؤكد ذاته ... ولديه الإيمان على التوصل إلى اهدافه ...... وذلك بالاقتراب التدريجى المتوالى ... ويظهر من الشجاعة ما يمكنه من توقع الصعاب ومواجهتها بل توقع الفشل الذى قد تؤدى اليه الصدفة .

فى ضوء هذه التعاريف نتساءل هل الثائر الفلسطينى مجنون أم شاب فى تمام الصحة العقلية : لقد اتخذ قرارا ، وتحمل تبعاته ، رغم مناقضته لقواعد الضبط

الأمريكية ، ولم يؤثر الانصياع لما يراد بشعبه ، فحطم القيود المفروضة مهتديا بقيم وقواعد وجدها فى نفسه وفى ذاته ، وإن بدا غير معقول فى نظر الآخرين ، وفى نظر العلماء الذين حكموا عليه بالجنون بأدوات من نتاج ثقافتهم تتمثل فيها معاييرها وقيمها . ويدينهم واحد منهم إذ يقول سميث (١٩٦١) «إن القوائم التى يقدمها علماء النفس عن الصحة العقلية وشروطها تخفى وراءها القيم التى يتمسكون بها ويمثل ذلك عجزا ونقصا ...... إن مايجب أن نتجنبه هو المناداة الخرافية بقيم نخفيفها تحت شعار العلم »

ولنزيد مفهوم الصحة العقلية إيضاحا ونلقى مزيدا من الأضواء على المشكلة التى تصدينا لهاالتقرير مدى مايتمتع بهمناضل بطل من الصحة العقلية نسوق التعريف الذى اتخذته لجنة خبراء الصحة العالمية فى تقريرها الثانى الصادر فى سنة ١٩٥١ والذى خططت على أساسه برامجها فى العشرين سنة الماضية . جاء فى التقرير .

« لما كانت هناك تعاريف متعددة للصحة العقلية فإن اللجنة تشعر أنه من المهم أن تضع المفهوم الذى كان لديها أثناء المناقشة . إن المفاهيم التى تعرف الصحة العقلية سلبيا كحالة يكون فيها الفرد متحررا من الاضطرابات الطب نفسية الظاهرة لا تبعث على الرضا . كما أن الاحتفاظ بالتلاؤم مع البيئة فى كل الظروف كظاهرة للصحة النفسيه يعنى تجاهل حقيقة أن البيئة قد تكون فى حالة تكون الاستجابة الصحية فيها هو محاولة تغييرها . ومع ذلك فعلى الرغم من أن الإكراه على التلاؤم لأى بيئة وكل بيئة ليس من خصائص الصحة العقلية ، فالقدرة على تكوين علاقات موفقة مع الآخرين يعتبر من الصحة العقلية .

والصحة العقلية كما تفهمها اللجنة تتأثر بكل من العوامل البيولوجية والعوامل الاجتماعية. كما أنها ليست حالة ستاتيكية، ولكنها حالة تتعرض للتغير والتذبذب فى درجتها . ويتضمن مفهوم اللجنة القدرة فى الفرد على تكوين علاقات موفقة مع

الآخرين والمشاركة أو الإسهام بنائيا فى تغيير بيئته الاجتماعية والطبيعية. وتتضمن أيضا قدرته على إشباع متوافق ومتوازن لطاقاته الذاتية التى تتعارض مع غرائزه. والمقصود بالاشباع المتوافق التوصل إلى التكامل دون حرمان من إشباع بعض النزعات الغريزية لمقاومة نزعات أخرى .

كما تتضمن نمو الشخصية بطريقة تمكنت بها الدوافع الغريزية المتصارعة من أن تجد التعبير المنسجم للتحقيق العام للقدرات».

والملاحظ أن الاتجاهات فى تعاريف الصحة العقلية فى العشرين سنة الأخيرة تنحو نحو التخلى عن كثير من العناصر التى كانت تعتبر أساسية فى التعاريف التى كانت موجودة حتى سنة ١٩٥٠ وتبرز عناصر أخرى تتفق وروح العصر .

فقد تخلت التعاريف الحالية عن : -

١ - تعريف الصحة العقلية سلبيا كالقول بأنها حالة يكون فيها الفرد متحرراً من الاضطرابات الظاهرة . لأن الصحة العقلية لاتعنى خلو الفرد من المشاكل أو خلوه التام من الاضطراب النفسى بل إن الاضطراب النفسى فى رأى البعض قد يكون من علامات الصحة والعبرة هى بقدرة الفرد على مواجهة مشاكله

٢ - إن التوافق مع البيئة الذى كان يكون عنصراً هاما فى التعاريف القديمة لم يعد مظهراً من مظاهر الصحة العقلية لأن البيئة نفسها قد تكون بيئة مريضة ومحاولة التوافق معها ليس من الصحة العقلية، والاستجابة الصحية لها هو محاولة تغييرها أى النضال ضد عوامل الفساد فيها وإلا كان الأنبياء والمصلحون الاجتماعيون والفلاسفة والمناضلون من ذوى المبادىء الثورية الذين يحاولون تغيير مجتمعهم وبيئتهم مهما كان المجال ... بيئة العمل ...... البيئة المحلية ...... الوطن.... العلم فى عداد المرضى نفسيا ممن لا يتمتعون بالصحة العقلية.

٣ - بالتالى كانت التعاريف القديمة تبرز أهمية المرونة الاجتماعية والمهارات الاجتماعية التى تساعد الفرد على التوافق مع غيره من الناس . وان كانت التعاريف الحديثة تحتم ضرورة وجود علاقة مشبعة مع الغير كمظهر من مظاهر الصحة العقلية مما نجده واضحا فى تعريف لجنة خبراء الصحة العقلية ، إلا أننا يجب أن نضع هنا تحفظا مماثلا لذلك الذى سقناه فى الحديث عن التلاؤم مع البيئة إذ ليس من مظاهر الصحة العقلية أن يكون الفرد قادرا على تكوين علاقات موفقة مع كل الناس ومع كل الأفراد مهما كانت نوعيتهم . إن الأساس هو أن يكتشف الفرد أولئك الأفراد أو تلك الجماعات التى يمكنه أن يشعر بالانتمائية اليهم وإليها ويكون مقبولا بينهم وبينها وقد يكون مجـال هذه العلاقات الاسرة أو الاصدقاء - أو أفراد المهنة أو الطبقة أو أبناء الحزب تبعا للمجـالات التى يمكن أن يتحرك فيهـا الفرد .

أما ماتبرزه التعاريف الحالية فهو :

١ - أنها حالة تتأثر بالعوامل البيولوجية والعوامل الاجتماعية وتبعا لذلك فهى ليست حالة ستاتيكية ثابتة ولكنها حالة تتعرض للتغير والتذبذب فى درجتها لأنه لايوجد كما ذكرنا الفرد الذى يخـلو من المشاكل التى لابد أن تؤدى الى إختلال توازنه وتوافقه مؤقتا . ولايعنى هذا أنه لايتمتع بالصحة العقلية .

٢ - تؤكد التعاريف الحالية أن التوافق الداخلى للفرد هو المعيار الذى يمكن به الحكم على سلامة صحته النفسية . فالمهم هو قدرة الفرد على التطلع فى داخل نفسه للبحث عن القيم والقواعد التى يمكن أن يعيش فيهـا بانفصالية واستقلال وطابع للحكم الذاتى بصرف النظر عما يعتبر نجاحا أوفشلا من وجهة نظر الآخرين ومهما بدا الفرد غير معقول فى نظرهم .

٣ - كما تؤكد ضرورة وجود علاقات مشبعة مع الغير والاسهام معهم فى القيام بعمل بناء لتغيير المجتمع . وإن كنا نثير تساؤلا هنا حول المقصود بالعمل البنـاء ... فالاشتراكى الثورى فى المجتمع الرأسمالى يقوم من وجهة نظر عقيدته السياسية بالعمل البناء بينما يعتبر فى إطار المجتمع الذى يعيش فيه مخربا وفوضويا والعكس بالعكس . وفى رأيى أن العمل البناء هو الذى يتجلى فى قدرة الإنسان على الإنتاج - كما يتجلى فى قدرته على أن يشارك غيره لتحقيق الإنسان لآدميته للتحرر من الخوف والعبودية والقهر فى كل الصـــور - ليجد حريته فى حرية الآخرين .

٤ - ضرورة الإشباع للدوافع بما لايضر بذات الفرد أوذوات الآخرين مع تعدد مصادر الإشباع .

٥ - وأخيرا تأكيد القدرة على إتخاذ القرارات وتقبل تبعاتها وعدم تجنب عواقب السلوك الذى يقوم به الفرد سواء أكان هذا السلوك خارجا على قواعد الضبط أو خاضعا لها .

٢ - الشذوذ والانحراف :

من الألفاظ المتداولة فى قاموس المصطلحات الطب نفسية الشذوذ والانحراف. ومعنى الشذوذ فى اللغة هو كما جاء فى المنجد من الفعل شذ شذا وشذوذا على الجمهور أو الجماعة : ندرعنهم وانفرد . والقول خالف القياس وشـــذ عن الأصول : خالفها ، فهو شاذ والجمع شذاذ وشواذ . والشذاذ من الناس : الذين يكونون فى القوم وليسوا من قبائلهم - القلال . ومنه «جاءوا شذاذا » أى قلالا .

أما الانحراف فمن حرف عن الشىء . مال . وتحرف عنه وانحرف وأحرورف: مال وعدل الى حرف . والحرف هو من كل شىء طرفه وشفيره وحده وجانبه .

والمعنى اللغوى كما يتبين لايحمل المعانى السلبية التى حملت لهاتين اللفظتين فجعلتهما من الألفاظ المشحونة . فالمعانى التى ترد إلى الذهن عند قولنا « فلان شاذ أو منحرف » منها أنه غير عادى ، وغير سوى ، أو مجنون ، أو غير متكيف، أو مخرب ، أو مجرم فأصبحنا نلصق الإنحراف بالأحداث وندخل فى ذلك كل سلوك يعاقب عليه القانون ، وبالكبار وبالشباب لتعنى بذلك الضلال أو الجريمة أو الجنون .

لقد تعددت الآراء التى تحاول تحديد معنى الشذوذ أو الانحراف للاستعمال العلمى .

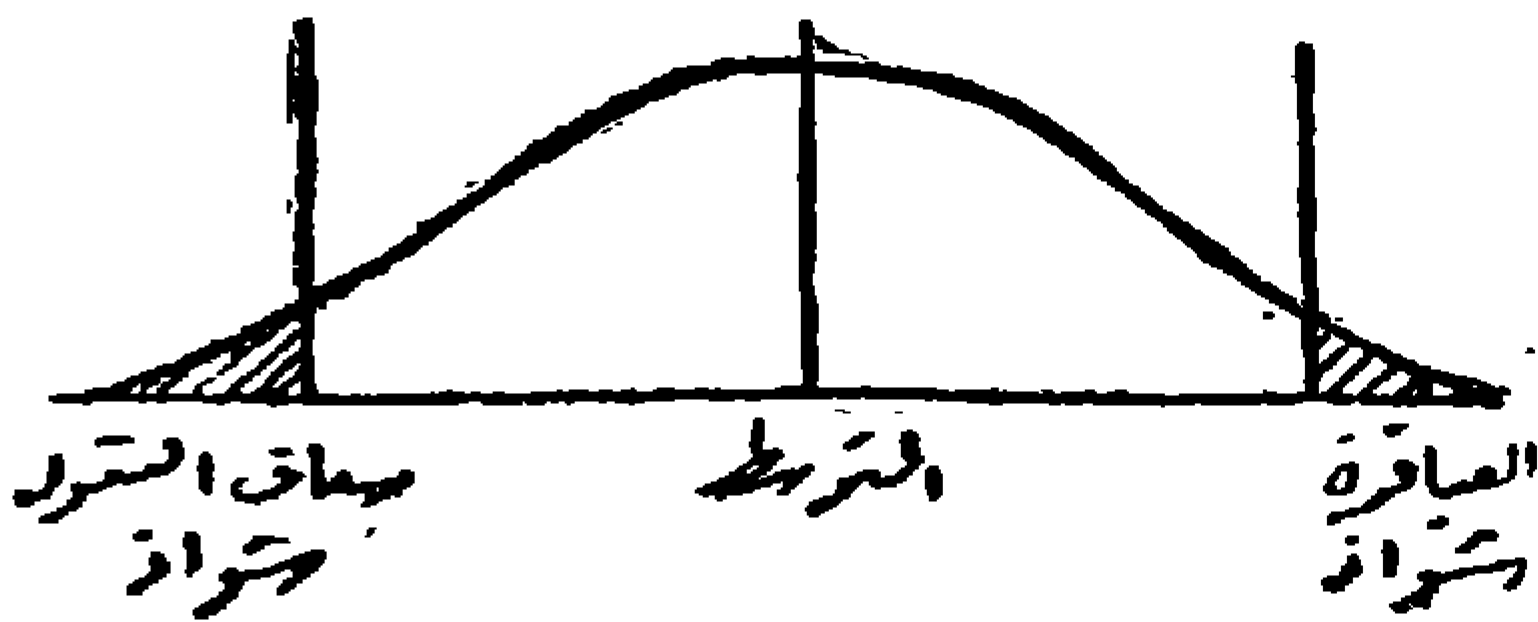
فالمثاليون يعرفون الشذوذ بأنه الانحراف عن المثل الأعلى أو الكمال، والمعيار عندهم هو مدى إقتراب الفرد أو إبتعاده عن الكمال، والشخص العادى هو الكامل فى كل شىء ، إلا أن صفة الكمال لاتتوافر إلا فى أقلية قليلة جدا من الناس، بل نادرا إن لم يكن مستحيلا أن نجد فردا فى مجتمعنا أو فى أى مجتمع آخر تتوفر فيه هذه الصفة . وتبعا لهذا الرأى يكون السويون أقلية نادرة ، بينما تكون الغالبية شاذة بحكم ضرورة إنحرافها عن المستوى المثالى . إن هذه النظرية تستمد أصولها من الأديان المختلفة، ومعاييرها غير واقعية ومطلقة، ونظراً لأنها تطلق أحكاما خلقية على الكاملين وغير الكاملين أطلق عليها إسم النظرية القيمية The valuational theory.

وهناك نظرية استمدت أصولها من علم الطب يعرف الشذوذ فيها بأنه حالة مرضية فيها خطر على الفرد نفسه أو على المجتمع ، والشذوذ أو الانحراف هنا يتطلب التدخل لحماية الفرد أو حمايه المجتمع منه . إن المجتمع يعزل المرضى بأمراض معدية لحمايتهم وحماية المجتمع من إنتشار العدوى. وبالقياس يعزل الشاذ أو المنحرف الذى يكون فى شذوذه أو إنحرافه خطر عليه أو على المجتمع . ونحن نتقبل هذه

النظرية جزئيا إلا أننا يجب أن نشير إلى أن هناك من ينحرفون وليس فى إنحرافهم أو فى شذوذهم ضرر على الفرد أو على المجتمع مثل بعض العصابيين الذين يعانون من مرض الخوف من التلوث فيغسلون أيديهم كلما صافحوا أحدا أو لمسوا شيئا، فهؤلاء لا يعتبرون مرضى تبعا لهذه النظرية بالرغم من حاجتهم إلى المساعدة والعلاج . وطبقا لهذه النظريه يكون الشواذ أقلية قليلة والعاديون هم الغالبية، ويدخل فى عدادهم عدد كبير من المرضى غير الخطرين .

أما النظرية الإحصائية فالانحراف فيها يقاس بمدى البعد أو القرب عن المتوسط أو الشائع . ويمثل الشواذ فيها الأقلية التى تنحرف بمدى واسع عن هذا المتوسط وهذا الشائع . وتبعا لهذه النظرية تعتبر الأقلية الشاذه فى النظرية المرضية شاذه أيضا بحكم إنحرافها عن الغالبية ، بينما تصبح الأقلية التى تعتبر عادية فى النظرية القيمية شاذة بحكم إنحرافها عن المتوسط ، والغالبية التى كانت تعتبر شاذة تبعا لها تكون عادية . وبما أن الشواذ فى هذه النظرية يمثلون طرفى التوزيع فى منحنى إعتدالى فإنه يدخل فى عداد الشواذ وغير العاديين - فى عامل كالذكاء - كل من العباقرة والمعتوهين بحكم إنحراف كل من الفئتين إنحرافا بعيد المدى عن المتوسط أو الشائع (أنظر الرسم)

وهذه النظرية بحكم موضوعيتها لا تصدر أحكاما قيمية عن الشذوذ ، فلا تنظر إلى ما هو محبوب وما هو مكروه ، وما يجب أن يكون وما يجب ألا يكون (كغيرها من النظريات) ، كما أنها تعطى أهمية للتدرج والنسبية فى الدرجة ويكاد الشذوذ فيها يطابق المعنى اللغوى لهذا المصطلح .



وأدت الدراسات التى قام بها علماء الاجتماع وعلماء الأنتربولوجيا إلى سيادة نظرية تتفق والنظرية الاحصائية هى النظرية الثقافية The cultural theory. ومعيار الشذوذ فى هذه النظرية هو مدى الانحراف عن الشائـــع فى ثقافة من الثقافات . وهى إلى جانب أنها إحصائية إلا أنها تضيف عاملى الثقافة والنسبية . وتقوم هذه النظرية على ما يأتى :

١ ـ أن بعض أنواع السلوك قد يعتبر شاذاً فى ثقافة معينة إلا أنه يعتبر عاديا فى ثقافة أخرى والعكس صحيح .

٢ ـ ان هناك أنواعا من الشذوذ قد توجد فى ثقافة معينة بينما تنعــــدم فى ثقافة أخرى .

وقد انتقدت هذه النظرية هى والنظرية الإحصائية إنتقاداً مرا عـــلى الأسس التالية : ـ

١ ـ أن هناك من الأمراض أى الانحرافات أو الشذوذ ما يعتبر إنحرافا أو شذوذاً فى أى ثقافة مهما كانت نظرة الثقافة إلى من يعانون من هذا الانحراف أو الشذوذ فالمعتوهون والبلهاء سيكونون معتوهين وبلهاء فى أى ثقافة، وسيعجزون عن الاسهام فى ثقافتهم ، كما أن إضطراب السلوك وفقدان الذاكرة المباشرة مما يتبع إستئصال الفصين الأماميين للمخ يجعل من أولئك الذين يعانون من هذا النقص فى الجهاز العصبى المركزى مختلفين عن غيرهم من الناس فى أى ثقافة ولن يكون لهم إسهام يذكر فى أحلام جماعتهم وآمالها . فالأمراض التى يكون الأساس فيها عضويا واحدة فى كل الثقافات .

٢ ـ أن الأمراض العقلية والاضطرابات النفسية الوظيفية واحدة كذلك فى كل الثقافات وتشترك فيما بينها من ناحية وجود الصراع النفسى كعنصر أساسى فى

المرض . (وجروكى ١٩٥٠ ، النبرجر ١٩٦٠ ، آشلى ١٩٦١) . فالمريض بذهان الاضطهاد (جنون الاضطهاد) على سبيل المثال موجود فى كل الثقافات وسلوكه محاولة منه لمجابهة الموقف الذى أدى به إلى الصراع حتى يتمكن من حل هذا الصراع ، وسلوكه فى هذه الحالة تلقائى وقائى أى أنه نابع من داخله نتيجة الصراع لوقاية ذاته من الصراع نفسه . إن الشذوذ فى الأمراض العقلية إذن يقوم على الصراع النفسى . والسلوك الناتج عنه إنما هو سلوك يهدف إلى التكيف وحل الصراع إلا أنه سلوك فاشل . وينحصر أثر الثقافة فى مدى إختلافات الثقافات من حيث تعقدها والمواقف المختلفة التى تؤدى إلى الصراع فيها ،وما قد يبدو من إختلاف انما يعود إلى أن التعبير عن المرض والصراع قد تختلف طريقته من ثقافة إلى أخرى بحكم ما بين الثقافتين من إختلاف . إن العيب فى النظرية الثقافية الاحصائية أنها تاتفت إلى السلوك الظاهر دون التعمق فى بيان أسباب هذا السلوك . فهناك أنماط من السلوك تسود فى بعض الثقافات وكأنها أنماط مرضية بينما هى فى الواقع أنماط سوية بحكم أنها لاتتضمن صراعا وأنها من الأنماط المتعلمة .

٣ ـ إن المعيار الاحصائى يتضمن ميزانا متدرجا تقوم عناصره على الحكم على وجود خاصية من الخواص بدرجة معينة إما بالزيادة أو بالنقص . وبهذا المعنى يمكننا أن ننظر إلى الشذوذ الجنسى والضعف العقلى على أنهما إنحراف عددى عن مستوى معين يمثل المتوسط أو الشائع . وهناك من السمات ماتسمح طبيعيا بقياسها بميزان متدرج من أعلى درجة إلى أقل درجة غير أن هناك من السمات ما يستحيل معه ذلك مثل سمة الشعور بالاضطهاد مثلا إذ تتنوع المعايير التى يمكن أن تتخذ للحكم على ذلك ولايوجد معيار يمكن أن يقال أن له الأرجحية على المعايير الأخرى .

على أى حال إذا أبعدنا حالات السـلوك التى تصدر عن مرض عضوى ووضعناها مستقلة تحت عنوان « سلوك غير عادى » فإننا يمكن أن نعرف الشذوذ «بأنه النزعة إلى إختيار نوع من ردود الافعال التى تمثل محاولة الهرب من موقف يؤدى إلى الصراع بدلا من مجابهته وحل المشكلة ، فالسلوك هنا يتضمن صراعا يبدو أنه لا شعورى . فالعادة السرية مثلا ليس فيها أى شذوذ إلا أنه فى بعض الحالات يمكن أن نقول بشذوذها وذلك فيما لو استعملت كحيلة هروبية. فالعملية نفسها ليست شاذة ، ولكن وظيفتها هى التى تحدد ما إذا كانت كذلك أم لا ويصدق هذا على كل أنواع السلوك » (وجروكى Wegrecki ١٩٥٠) .

ويتميز هذا التعريف بأنه يعطى للصراع النفسى أهميته فى تحديد الشذوذ ، بالإضافة إلى الوظيفة التى يؤديها السلوك الناتج عنه فضلا عن أنه لا يتناقض مع التعاريف التى سقناها عن الصحة العقلية وأكدنا فيها أهمية التوافق الداخلى للفرد بصرف النظر من مظاهر السلوك الخارجى وإن بدا غير معقول للآخرين .

٣ ـ التكيف adjustment :

تؤدى الدوافع إلى توجيه سلوك الإنسان نحو أهداف وأغراض أى أن كل سلوك له أسباب . وهذه الأسباب توجد فى الدوافع ومن هذه الدوافع ماهو فسيولوجى فى أصله كالحاجة إلى الطعام والحاجة إلى الماء ومنها ما هو مكتسب متعلم . والدوافع المكتسبة وإن كانت أصلا تقوم على دوافع فسيولوجية إلا أنها استقلت عنها وأصبحت لهـا قوتها الدافعة الخاصة بها، كما أن من الدوافع ماهو شعورى وما هو لا شعورى . وأهم الحاجات كلها حاجة الإنسان لتأكيد ذاته إذ تسير الدوافع الأخرى كلها فى خدمتها .

وتؤدى الحـاجة need إلى استثارة الدافع drive . والدافع ما هو

إلا حالة توتر تؤدى إلى عدم إستقرار الكائن الحى وآختلال توازنه فيقوم بنشاط للتوصل إلى إشباع الحاجة والتخفيف من الدوافع لإعادة التوازن وإزالة التوتر. ومبدأ التوازن Homeostasis or equilibrium من مبادىء علم وظائف الأعضاء . ويقصد به أن الكائن الحى لديه الاستعداد لأن يحتفظ بحالة عضوية ثابتة متوازنة ، فإذا تغير هذا الإتزان حاول الجسد إستعادته . فحرارة الإنسان العادية ثابتة فى الجسد السليم عند درجة ٣٧°م ، ويحتفظ الجسم بدرجة حرارته حول هذا المعدل مهما اختلفت حرارة الجو من أعلى درجات الحرارة إلى أدنى درجات البرودة . وعملية حفظ التوازن الفسيولوجى هذه تتم آليا ، وينظمها الجسم بنفسه . فإذا دخل الجسم ميكروب مضر تكاتفت الوظائف المختلفة على محاربة هذا الميكروب حتى يصبح الجسم سليما معافى . وقد استعار علماء النفس هذا المبدأ من علم وظائف الأعضاء وطبقوه على الكائن الحى فى تفاعلة مع بيئته، فإذا إختل توازن الجسم بالحاجة إلى الطعام سعى الكائن الحى إلى الحصول على ما يمسك رمقه ويعيد توازنه وهكذا . ويختل توازن الفرد مع بيئته كلما اعترضته عقبات تحول دون إشباع حاجاته .

ولما كان الإنسان فى عملية تفاعل مستمر مع بيئته المادية والإجتماعية ، وهذا التفاعل عملية ديناميكية ، فعمليات التكيف عمليات مستمرة ، وتوازن الإنسان دائما فى حالة تذبذب بين الاتزان وعدم الاتزان . ويختلف الأفراد فيما بينهم فى الأساليب التى يتبعونها لاشباع حاجاتهم للاحتفاظ بالتوازن والتوافق والتكيف النفسي ، لأن من طبيعة الحياة الحركة والتوتر ، والشخص الذى لا تدب فيه الحركة ولا يوجد فى حالة توتر هو الشخص الميت فكأن التكيف بدون لفظة سليم وغير سليم يطلق على عملية ديناميكية مستمرة تبين تفاعل الفرد مع بيئته .

ويتحدد ما إذا كان التكيف سليما أو غير سليم تبعا لمدى نجاح الاساليب التى يتبعها الفرد للوصول إلى حالة الاتزان النفسي . والاساليب التى يتبعها الفرد سواء كانت جيدة أو رديئة فهي مستمدة من مجتمعه ومن ثقافته وتعلمها عن طريق تنشئته الاجتماعية وفى إطار إجتماعى فرض عليه غير أن هناك من الاساليب ما تعضدها الثقافة ومنها ما تدينه مع أنها من إفرازها . وتختلف الثقافات فيما بينها فى الاساليب المرغوبة والاساليب المكروهة . بل وتختلف الثقافات الفرعية فى داخل الثقافة الواحدة فيما يمتدح من هذه الاساليب وما يذم، كما تختلف فيما بينها فى الضغوط والقيود التى تفرضها لمعاقبة السلوك غير المرغوب فيه . وكثيراً ما نجد ثقافات تخلق حاجات جديدة فى الفرد مع افتقارها إلى سبل الاشباع ، بل من الثقافات ما يمتلىء بالمتناقضات التى تخلق حتما الصراعات .

وتخلق الحاجات غير المشبعة ، والضغوط التى تحدد سلوك الفرد لدى الفرد ما يسمى بالاحباط Frustration والصراع Conflict وحينئذ يختل توازن الفرد. وتتنوع حينئذ الاساليب التى قد يلجأ إليها لحل صراعاته .

وتتلخص المعوقات التى تحول دون الفرد وإشباع حاجاته وبالتالى معاناته من الاحباط والصراع فيما يلى : -

١ - إفتقار البيئة إلى وسائل إشباع الدوافع المادية والمعنوية ، وأقسى هذه الحالات وجود النظم والممارسات التى يشعر فيها الفرد بالضياع أو الاستهلاك أو القهر فيعجز عن إشباع الحاجة لتحقيق ذاته .

٢ - إفتقار الكائن الحى نفسه إلى القدرة الحركيه كما فى حالات الامراض المستعصية والعاهات .

٣ - وجود الصراع بين دوافع متعارضة لما تخلقه الثقافة من تناقضات وأحسن مثل على ذلك الصراعات التى تصاحب شعور الفرد بعدم تحرر لقمة

عيشه التى يحتاجها وحاجته للتحرر من الخوف والعبودية .

٤ - تعنت المعايير الثقافية وجمودها وعدم تطورها ومعارضتها للتجديد والتغيير ، فيبدو الطليعيون غير متكيفين فى نظر الآخرين ، وتبدو أساليبهم غير مضبوطة ومناقضة لما هو متعارف عليه ومسلم به .

٥ - عدم فهم المرء لذاته وامكانياته، وعدم تقبله لنفسه، وتحديده مستويات للطموح أعلى أو أقل من قدراته الفعلية .

٦ - وجود عوامل لاشعورية تؤثر على سلوكه ولايدركها .

ويجدر بنا أن نشير فى هذا المقام إلى أن الأمراض النفسية والعقلية والسلوك المصاحب لها ماهى إلا أساليب من أساليب التكيف التجأ اليها الفرد لأنه لم يجد غيرها لإزالة توتره وحل صراعاته ... وحكمنا عليها بأنها أساليب مرضية وغير سليمة لأنها تفشل فى حل الصراع وتحول دون تحقيق الفرد لذاته بالإنتاج كقوة منتجة. ويسبق الأساليب المرضية محاولات مضنية لتجربة وسائل أخرى للتكيف تنجح حيناو تفشل أحيانا أخرى، منها مايسمى بالعمليات العقليه اللاشعورية.وهذه العمليات أساليب ذاتية تلجأ اليها الذات أو الأنا للحفاظ على نفسها من الاندفاعات البدائية التى تقتحم سياج الأنا مقنعة مغلفة لهذه العمليات حتى تبدو مقبولة ، وتحافظ بذلك الانا على الاحتفاظ بتوازنها .

ومن هذه العمليات :

التبرير rationalization : وهو محاولة لتفسير السلوك بأسباب منطقية حتى يبدو فى صـــورة مقبولة ومعقولة . والفرد بالتبرير يخفى الدوافع الحقيقية لسلوكه الذى قد يكون فيها تحقير له أو امتهان لذاته مما قد يشعره بالعار والخجل وهو محاولة يخدع المرء فيها نفسه تدفعه الى ذلك دوافع لاشعورية . وهو فى ذلك يختلف عن الكذب إذ أن الكذب عملية شعورية .

الكبت Repression : والكبت نوعان أحدهما الكبت الشعورى (القمع) suppression والآخر الكبت اللاشعورى reprssion . والكبت محاولة يبذلها الفرد لابعاد رغبة لاتتفق وفكرته عن نفسه أو التقاليد الاجتماعية محاولا نسيانها وقد تنسى . فاذا نسيت خرجت عن مجال الشعور ، وأصبحت مكبوته فى اللاشعور وظلت قوية فى تأثيرها فى سلوك الفرد والشعور المصاحب للقمع هو العار shame بينما الشعور المصاحب للكبت هو الشعور بالذنب guilt .

النكوص Regression . ويعرف النكوص بأنه ذلك التقهقر الذى يصيب الفرد فى حالة الاحباط والفشل إلى مرحلة من مراحل النمو الاولى التى كان يشعر فيها بالطمأنينة والأمن على الرغم من أنه قد يكون تعدى هذه المرحلة retrogression. كما يعرف بأنه لاالعودة إلى مرحلة من المراحل الاولى التى شعر فيها الفرد بالامان ولكن على أنه العودة إلى حالة من حالات السلوك البدائى prmitivism كاضطرار الرجل المتعلم المهذب إلى استعمال قبضته وقوته البدنية فى عراك جسمانى اذا ما أصيب بالاحباط .

الاسقاط projection . والاسقاط عملية لا شعورية يحمى الفرد فيها نفسه بالصاق عيوبه بالغير وبصورة مكبرة .

التقمص Identification : وهو عملية مناقضة لعملية الاسقاط إذ يمتص فيها الفرد الصفات المحببة الى النفس التى يرجو أن تكون مكملة له من شخصية يحبها ويحاول أن يتخذها مثلا يحتذيه . ويتم ذلك بطريقة لاشعورية مما يؤدى الى أن يأخذ الشخص عن هذا النموذج صفاته جميعا السيء منها والحسن .

احلام اليقظة والتخيل Day-dreaming & Fantasy : كثيرا ما نفشل فى تحقيق أهدافنا فى عالم الواقع فنصاب بالاحباط فنلجأ الى عالم الخيال فنحقق فيه ما عز علينا تحقيقه. وتحدد التخيلات مجرى أحلام اليقظة بل والتفكير العادى .

ومما هو جدير بالذكر أنه مما يؤخذ على غير المتخصصين من لهم بعض الدراية بعلم النفس، بل وعلى كثير من المتخصصين فى العلم أنهم ينظرون إلى هذه العمليات على أنها عمليات مرضية ، إلا أننا يجب أن نلاحظ أن هذه العمليات من الأساليب والوسائل التى يتبعها كل فرد فى عملية التكيف. إذ تؤدى وظيفة صمام الأمن له حين يعز عليه إيجاد حل عملى لمشكلته وإليك بعض فوائدها .

١ - تسمح العمليات العقلية للفرد بالتكيف مؤقتا، وبذا تعطيه وقتا أطول حتى يتمكن من تمييز كثير من جوانب المشكلة .

٢ - تسمح هذه العمليات للفرد بأن يجرب نفسه فى أدوار جديدة ، وتعلم وسائل جـــديدة للتكيف . ففى إسقاطنا لعيوبنا على الغير مجال يسمح لنا بأن نتحسس هذه العيوب فيه ، وحينئذ قد نكتشف كثيرا من محاسنه ، فنعدل من حكمنا عليه ، وبذا نكتسب خبرة فى عدم التسرع فى إصدار أحكامنا على الناس ، ويؤدى هذا إلى تعديلنا لأنفسنا .

٣ - يلجأ الإنسان فى عملية التبرير إلى إيجاد أسباب منطقية يبرر بها سلوكه ، وقد يؤدى به هـــذا إلى أن ينفتح أمامه مجال للتفكير السليم المبنى على إدراك العلاقة بين الأسباب والمسببات .

٤ - قد يؤدى سلوك معين مبنى على عمليات لاشعورية إلى نتائج إيجابية ، فتؤدى بالفرد إلى النجاح فى ميدان يؤكد ذاته ، كالشخص الذى يتخذ الرياضة أو الرسم كوسيلة لإعلاء الدافع الجنسى مثلا ، فقد يكتشف فى نفسه مهارة فى أحد الميدانين تؤدى به إلى التفوق والظهور .

٥ - وفى مناقشة لإركسن (١٩٥٣) يقارن فيها بين الحكمة والتعصب يرى أن عملية الإسقاط عملية هامة تلعب دورا هاما . فالشخص المتعصب الذى بنى

قيمه على أسس واهية وانفعالات مرضية أدت به إلى إصدار أحكام جامدة على الناس أو على المبادىء ، يقوم بعملية يسقط فيها عيوبه على غيره ، وتساعده هذه العملية على الاحتفاظ بكيانه واتزانه وتوافقه النفسى نسبيا . بينما نجـــد أن الحكيم الذى تخلى عن التعصب ، وتخلى عن عملية الإسقـاط ، إذا كان لديه إستعداد للعصاب ، فإنه لايرى نقصا فى أحد غيره ، ولايرى عيبا إلا فى نفسه ، فيصبح متعصبا ضد نفسه ، وقد يؤدى به الأمر إلى كراهية ذاته وربما إلى الانتحار . فكأن الاسقـاط عملية ضرورية لبعض الافراد وإلا إختل توافقهم النفســـى .

إلا أن هذه العمليات لها أضرارها أيضا . فالفرد الذى يقيم منها دائما درعا لوقاية نفسه يعجز عن التعرف على طرق أحسن منها للتكيف . ولما كانت هذه العمليات تقوم على تشويه للواقع ، فقد يؤدى الامر بالفرد الذى يعتمد عليها إلى أن يظل دائما بعيدا عن الواقع . وقد ينتهى به الامر إلى الانهيـار فيصبح مريضا نفسيا أو عقليا .

الفصل الرابع

المبادىء والأولويات فى ميدان الصحة العقلية

مدى انتشار الاضطرابات العقلية والنفسية :

هناك جدل بين العلماء حول ما إذا كانت نسبة الأمراض العقلية والنفسية تزداد زيادة مضطردة أو أن معدلها ثابت وخاصة فى البلاد المتقدمة .

أما من يرون أن نسبتها فى إزدياد فيعزون ذلك إلى تعقد المدنية الحديثة من ناحية ، وإلى الجهـــل بالأسباب التى تؤدى إلى كثير من الأمراض من ناحية أخرى . أما من يرون أن النسبة عادية جدا ولاتدل على زيادة فى نسبة هذه الأمراض ، فإنهم يرجعون ما يبدو على أنه زيادة إلى :ـ

١ـ إن التقدم العلمى فى ميدان الطب العقلى قد ساعد على التعرف على كثير من الأمراض التى لم تكن معروفة من قبل ، كما أن تحسن حالة المستشفيات العقلية قد ساعد على الإقبال عليها ، وهناك ما يدل على أن عدد المرضى يزداد كلما تحسن مستوى المستشفى واتسعت إمكانياته .

١ ـ ساعد إنتشار التعليم بين الأهالى على التخلى عن كثير من المخاوف التى كانت تساورهم فيما يختص بالامراض العقلية والعار الذى يصاحبها ، فلم يعد أهل المريض يتحرجون من إرساله إلى المستشفى للعلاج .

٣ ـ إن تحسن طرق العلاج يساعد على إطالة مدة الإقامة بالمستشفى، مما أدى إلى زيادة عدد المرضى بدخول المستجدين أثناء وجود المرضى الذين لم يتم شفاؤهم بعد .

٤ - من العوامل التى ساعدت على زيادة النسبة العددية فى المرضى طول العمر ، إذ أصبح متوسط فترة الحياة المتوقعة فى البلاد المتقدمة مابين ٧٠ و ٨٠ ومعنى هذا أن عددا كبيرا قد يبلغون هذه السن وبالتالى يتعرض كثيرون منهم للإصابة بالأمراض العقلية التى يصاب بها الكهول .

على أى حال يكون المرض العقلى مشكلة خطيرة فى البلاد المتقدمة . أما من ناحية الدول المتخلفة فإنه لا يمكن حسم هذه القضية لعدم وجود الإحصائيات عن مدى تواتر هذه الأمراض فيها حتى يمكن المقارنة. وقد صادفت لجنة الخبراء التابعة لمنظمة الصحة العالمية أثناء تخطيطها لبرامج الصحة العقلية هذه المشكلة إذ جاء فى تقريرها الثالث (١٩٥٣) أن من الصعوبات التى تواجهها اللجنة لوضع توصياتها للمساعدة بالخدمات الطب نفسية أنه لا يوجد لديها معلومات دقيقة عن مدى انتشار الأمراض الطب نفسية ... وهناك من العاملين من حاولوا دراسة مدى تواتر هذه الامراض فى الدول المتخلفة إقتصاديا ، ولديهم إنطباع قوى بأن الإضطرابات العقلية أقل انتشارا فى بعض هذه البلاد . فمنهم من يقول مثلا أن نسبة تواتر الإضطرابات العقلية فى بعض القبائل الافريقية لا تصل إلى نسبة ١/١٠ من مدى تواترها فى أوربا الغربية وامريكا . كما أن هناك من العاملين من يرى أن الاضطرابات العقلية التى تؤدى إليها الظروف البيئية تختلف اختلافا كبيرا من مكان إلى مكان بينما يوجد من الاضطرابات ما يتخذ صفة الاستمرار فى نسبة التواتر فى كل المجتمعات . بيد أن الجميع يتفقون على أن الصورة الاكلينيكية للاضطرابات الطب نفسية وتشخيصها والتنبؤ بها يختلف إختلافا كبيرا من مجتمع لآخر . وليس هناك من شك فى أن نسبة هذه الاضطرابات تصل فى أوربا وأمريكا إلى ما يؤدى إلى شغل ما يقرب من

٤٠ ٪ من المجموع الكلى للأسرة فى المستشفيات مما يكون مشكلة كبرى .

وفى خطاب الرئيس كينيدى رئيس الولايات المتحدة (١٩٦٣) تحدث فيه عن الامراض العقلية والضعف العقلى ذكر أن هاتين المشكلتين فى امريكا لهما حجمها الخطير وأثرهما التراجيدى وذكر أنه يوجد حوالى ٨٠٠ ألف من هؤلاء المرضى فى مؤسسات الدولة منهم ٦٠٠ ألف من المرضى بأمراض عقلية ، و ٢٠٠ ألف ممن يعانون من الضعف العقلى .

وفى انجلترا بلغ عدد المقيمين فى المستشفيات إلى قمته فى سنة ١٩٥٤ إذ وصل الى ١٠٢,٠٠٠ . وفى سنة ١٩٦٩ نقص هـــذا العدد بحوالى ٨٠٠٠ إلا أنه فى مقابل هذا النقص أزداد عدد المقبولين والعائدين (فريمان وفارنديل ١٩٦٠)
Freeman & Farndale

وقبل سنة ١٩٣٠ كانت نسبة مرض كمرض الفصام المزمن تكاد تكون ثابتة بالنسبة لعـــدد البالغين غير أن تغيير سياسة المستشفيات بتحديدها عدد المقيمين فيها واخراج أكبر عدد منهم مما أدى إلى زيادة نسبة المرض إلى الجمهور العام . ومنذ عام ١٩٥٥ زاد إستخدام العقاقير فى العلاج فأصبحت مدة الاقامة قصيرة غير أن عودة الكثيرين قد زادت ويتنبأون بأنه بعد عام ١٩٧٠ سيزداد عدد المرضى ممن يعتبر مرضهم مزمنا (برايس وزملاؤه ١٩٦٦) Bryce at al

ولعلنا نتساءل فى هذا المقام هل تغيرت الامراض فى نوعيتها حاليا عما كانت عليه فى الماضى وهل تغيرت نوعية المرضى تبعا للتغير الحضارى ؟ ـ لقد قورنت سجلات ١٠٠ حالة من الذكور و ١٠٠ حالة ممن كانوا نزلاء فى مستشفى بيثلم Bethlem الملكى فى الفـــترة من ١٨٥٣ - ١٨٦٢ بعينة مماثلة من نزلاء المستشفى فى الفترة من ١٩٥٠ - ١٩٦٠ (كلاف وهاميلتون Elaf & Hamilton)

١٩٦١) فوجد أن سن دخول المستشفى ، ونسبة المتزوجين وغير المتزوجين ، والديانة، ونسبة تواتر المرض فى الأسرة، ونسبة الشفاء تكاد تتشابه فى المجموعتين والفرق بين أفراد العهدين هو فى حدة المرض، إذ فاق عـــدد الرجال من نزلاء القرن ١٩ قرناءهم المعاصرين فى حدة المرض بمقدار الستة أضعاف بينما تفوق عدد النساء بمقدار التسعة أضعاف . وكانت مدة العلاج فى الماضى مضاعفة . وكان أهم ما يشغل المرضى فى القرن ١٩ هى الأمور الدينية وأهم ما يشغل مرضى القرن العشرين هى الأمور الجنسية . أما من كانوا مشغولين بالأمور الجنسية والدينية معا فقد زاد عددهم بين جمهور القرن التاسع عشر بما يعادل الثلاثة أضعـاف من جمهور القرن العشرين .

ومن الدراسات التى أجريت والتى تجرى دراسات تحاول بيان مدى إنتشار هذه الأمراض تبعاً للمستويات الإقتصادية والإجتماعيـــة وتبين نتائج بعض الدراسات إرتفاع نسبة الأمراض الطب نفسية بين الطبقات المحرومة .

ففى ألمانيا يذكر كايند Kind (١٩٦٥) أن المرضى بذهان الفصام مثلا يأتون غالبا من الطبقات الدنيـا ومن المهاجرين . ومن النرويج يذكر Odegaard (١٩٦١) بعد تحليله للاحصاء العام النرويجى فيما يختص بتوزيـع الأمراض العقلية أن نفس هـــذا المرض أكثر تواتراً بين العزاب والمهاجرين وأصحاب الدخول المنخفضة أو أعمال غير الماهرة . والنتائج مماثلة فى الدراسات التى تمت فى إنجلترا وأمريكا وإيطاليا والتى سنتعرض لبعضها فيما بعد وهذه الدراسات كلها كما يتبين تمت فى بلاد رأسمالية حيث تبرز الطبقة وحيث يوجد من يعانى من الفاقة والحرمان. ويبرر وورتز ووترز (١٩٦١) إرتفاع نسبة تواتر الامراض الطب نفسية بين الطبقات المحرومة إلى ما يأتى : ـ أ ـ تعقيدات الحمل والولادة فى ظروف

سيئة غالبا ما تؤدى إلى تلف فى القشرة المخية . ب - نقص التغذية والعدوى بالامراض المعدية والحوادث مما يتعرض له أطفال المحرومين ومما يؤدى إلى إضطرابات عضوية ونفسية . جـ - الحرمان من التعليم والحرمان من كثير من الإمتيازات الإجتماعية .

التسهيلات العلاجية :

أشارت لجنة خبراء الصحة العقلية فى تقريرها الاول (١٩٥٠) إلى البون الشاسع فى مستوى ومجال التسهيلات العلاجية لكل أنماط الإضطرابات النفسية فى البلاد المختلفة . ففى الولايات المتحدة حيث كان يصل التعداد فى ذلك الوقت إلى حوالى ١٦٠ مليونا كان يوجد لديها ما يزيد على الـ ٥٠٠٠ طبيبا من أطباء الامراض العقلية وكان لديها حوالى ٧٠٠,٠٠٠ سريراً للمرضى بأمراض طب نفسية . هذا بينما كانت الهند التى كان تعدادها فى ذلك الوقت يصل إلى حوالى ٣٥٠ مليون نسمة لا يوجد بها سوى ٨٠ طبيبا لهذه الامراض و ٢٠,٠٠٠ سريراً فقط ، وكان تعداد الصين ٤٥٠ مليون نسمة ، وكان عـــدد الاطباء لا يزيد على العشره ، ولم يكن بها سوى ٢٠٠٠ سريراً فقط .

ولاحظت اللجنة أن التسهيلات العلاجية لم تكن ميسرة لعلاج كل الحالات التى تعانى من إضطرابات نفسية فى البلاد المتقدمة نفسها . واقترحت ضرورة وجود طبيب لكل ٢٠,٠٠٠ نسمة واعتبرت هذا أملا بعيدا من الصعب تحقيقه فى الدول المتخلفة .

وأوصت فى تقريرها الثالث (١٩٥٣) أنه يجب أن يكون فى البلاد المتقدمة سرير لكل ١٠٠٠ نسمة ، أما فى البلاد الافريقية الإستوائية فيكفى سرير واحد لكل ١٠,٠٠٠ نسمة وذكرت أن أى مجتمع يعجز عن تقديم خدماته إذا لم

يتوفر ذلك . ولا يعنى ذلك أن الإستمرار فى زيادة الأسرة هو العلاج لهذه المشكله . إن الإهتمام يجب أن ينصب على الوقاية والتسهيلات العلاجية خارج جدران المستشفى .

وتقوم فى الواقع برامج الصحة العقلية لمنظمة الصحة العالميـــة على الإهتمام بالوقاية. وقد اتهمت فى أول تقرير لها(١٩٥٠)الدول المتقدمةبأنها تعتبر نموذجا سيئا فى هذه الناحية . إذ كثيراً ما توجد فى هذه البلاد تسهيلات علاجية متقدمة مع إختفاء البرامج المخططة للوقاية به إذ أن معظم الخطوات الوقائية تتم على مستوى التطوع من بعض المهتمين بذلك والمشغولين فى نفس الوقت بالعلاج . ولا يمكن تنفيذ برنامج بعاملين يعملون بعض الوقت وغير متفرغين .

على أى حال فى تقويمها لما حقق من توصياتها فى الفترة ما بين سنة ١٩٤٩ - سنة ١٩٦٠ فى التقرير العاشر(١٩٦١) لاحظت اللجنة أن كثيراً من الدول حاولت الوصول إلى المستوى الذى كانت اللجنةقد أوصت به فيما سوف نفصله فيما يلى :

برامج الوقاية كما اوصت بها منظمة الصحة العالمية :

فى ضوء ما وجدته لجنة الصحة العقلية من وجود البون الشاسع فى مستوى ومجال التسهيلات العلاجية فى البلاد المختلفة وفى ضوء ما لاحظته من أن هـذه التسهيلات فى البلاد المتقدمة نفسها لاتـكفى لعلاج كل الحالات التى تعـــانى من إضطرابات نفسية ، فإن اللجنة رأت أن تخطط للمساعدات التى يمكن ان تقدمهـا للدول الاعضاء على أساس مبدأين أولهما الإهتمام بالوقاية، وثانيهما تركيز الإهتمام على الطب العقلى الوقائى والعلاجى للطفولة لأن المهـارة فى علاج الإضطرابات النفسية البسيطة فى الطفولة لها أثرها الوقائى ، كما أن تطبيق الخطوات الوقائية للصحة العقلية لها أثرها الـكبير فى مرحلة الطفولة .

ونلخص توصياتها التى راعت تطبيقها ومتابعتها فى العشرين سنة الماضية فيما يــــلى : -

١ - الاهتمام بالوقاية مع تركيز الاهتمام على الطب العقلى الوقائى والعلاجى للطفــــولة .

٢ - على هيئات الصحة العامة أن تولى إهتمامها للصحة العقلية كما تهتم بالصحة الجسمانية وذلك بأن تعمل على أن تقوم بتدريب كل العاملين فى ميدان الصحة العامة وتزويدهم بمعلومات فى الصحة العقلية ، وإعداد الإخصائيين للعمل فى هذا الميدان .

٣ - تطويع الطرق التى ثبت نجاحها فى الدول المتقدمة لإستخدامها فى الدول الأخرى بعد ملاءمتها للظروف المحلية وحاجتها .

٤ - إرساء قواعد التسهيلات العلاجية للضعف العقلى فى كل البلاد .

٥ - إنشاء قسم للوقاية من الأمراض العقلية والنفسية فى وزارات الصحة فى البلاد المختلفة .

٦ - إنشاء مركز للصحة العقلية فى كل دولة للدراسات العليا فى هذا الميدان.

٧ - إعادة النظر فى برامج تدريب الاطباء حتى تتضمن معرفة النمو النفسى السليم ومصدر الاضطرابات .

٨ - الاهتمام برفع مستوى التمريض واعداد الممرضات المتخصصات للعمل مع هذا النوع من المرضى .

٩ - مد الحكومات بالمطبوعات والمنشورات التى تتضمن احدث البيانات والاحصائيات والتكنيكات والطرق والبحوث العلمية .

١٠ - الاهتمام بتعليم الجمهور وتوعيته من ناحية الامراض الطب نفسية

لتغيير إتجاهاته نحو المصابين بهذه الأمراض ، والتعاون فى ذلك مع هيئة اليونسكو وخاصة القسم المسئول عن الدعاية الجماهيرية .

١١ ـ الاهتمام بجمع المعلومات والخدمات الارشادية .

١٢ ـ الاهتمام بالبحث العلمى على أن تتناول البحوث العوامل التالية .

ا ـ العوامل البيولوجية والنفسية والثقافية التى تؤثر فى تكوين الشخصية .

ب ـ العلاقة بين تكوين الشخصية وأنماط تكوين الجماعة وسلوكها والعلاقات فيها .

جـ ـ أثر تغير أنماط الثقافة على الصحة العقلية .

د ـ المدى الذى تتأثر فيه العمليات النفس جيسمية بالظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وبالخصائص الفردية وتكوين الشخصية .

هـ ـ العلاقة بين الاضطرابات النفسية من ناحية والنقص الغذائى والاضطرابات الكيمائية الحيوية من ناحية أخرى .

و ـ أسباب الأمراض العقلية وعلاجها .

١٣ ـ توجيه العناية إلى رعاية الأمومة والطفولة ، وادمان الخمر والمخدرات والأمراض التناسلية الخبيثة .

١٤ ـ واخيرا التعاون مع الهيئات العالمية الأخرى التى يسهم نشاطها فى تحقيق هذه الأهداف كمنظمة العمال ، ومنظمة الطفولة ، واليونسكو وما إليها . وكذلك التعاون مع الهيئات الأهلية ذات النشاط فى الميدان .

Mental Hygiene صيانة الصحة العقلية .

يستخدم مصطلح صيانة الصحة العقلية ليدل على العلاج الطب نفسى المبكر حتى يتجنب المريض الوصمة التى تلحق به حين يقال أن لديه مرضا عقليا .

غير أن لجنة خبراء الصحة العقلية فى تقريرها الثانى (١٩٥٩) الذى خصصته لهذا المجال استخدمته بمعناه الحرفى كما يستعمل فى ميدان الصحة العامة، ويعنى أوجه النشاط والتكتيكات التى تساعد وتحافظ على الصحة العقلية. وفصلت أوجه النشاط المختلفة التى تدخل فى هذا الميدان فى الخدمات التى يمكن أن تقدم للامهات الحوامل، وللرضيع وطفل ماقبل المدرسة، وللطفل فى الأيام الأولى فى المدرسة والتى تمثل مرحلة إنفصاله عن المنزل، والصحة المدرسية، وما يتعرض له الأطفال فى المدرسة من أمراض معدية، كما أشارت إلى الرعاية التى يحتاجها الطفل المعوق، والمسنون.

ومن أوجه النشاط التى تدخل فى هذا الميدان أيضا تثقيف الجماهير والسبل التى يمكن إتخاذها لتحقيق ذلك، كما أشارت إلى ضرورة القيام بالدراسات المسحية التى تبين توزيع هذه الأمراض والحالات التى تعالج منها والتى لم تعالج، وإدارة الصحة العامة والتدريب.

ومما يدخل فى هذا المجال أيضا العيادات الخارجية للكبار والأطفال، والعلاج النفسى، ومشكلة الصرع، ومشكلة إدمان الخمر، وعيادات طول اليوم. وسنتناول هذه النواحى بالتفصيل فى حينه.

الاتجاهات الحالية فى ضوء توصيات منظمة الصحة العالمية :

١ ـ ضبط العوامل البيئية.

يلاحظ أن الدول المتقدمة، وكثيرا من الدول النامية وخاصة تلك التى اتخذت الاشتراكية كأسلوب لتطوير حياتها تعطى أهمية كبرى للعوامل البيئية وخاصة العوامل الاجتماعية التى أصبحت تحتل مكانا هاما فى أسباب الأمراض العقلية. لهذا تولى هذه الحكومات عناية للحياة اليومية للمواطن وظروف

العمل ، فتسعى جاهـــدة للقضاء على البطالة واتاحة فرص العمل للمواطنين كل حسب قدراته واستعداداته ، وضمان المستقبل له مما يعتبر ضروريا للحفاظ على الاستقرار النفسى مما يعتبر شرطا هاما من شروط الصحة العقلية . وتبذل فى نفس الوقت جهودها لتحسين ظروف العمل بتوفير متطلبات الأمن الاجتماعى والجسمانى .وتوفير السكن الصالح الذى يتوفر فيه الشروط الصحية للعاملين. وليس أدل على أثر التحكم فى الظروف البيئية من أن مرضا كمرض الذهان الدورى قد انخفض معدله فى روسيا بنسبة ٩٠ ٪ عن ذى قبل .

٢ — الاهتمام بالصحة الجسمانية :

لما كان العقل السليم فى الجسم السليم تولى الحكومات وخاصة الاشتراكية رعاية خاصة للصحة الجسمانية للمواطنين لتقوية مقاومتهم للأمراض ، ويأتى فى المقام الأول محاولة رفع مستوى المعيشة للعاملين الذى يقوم على التوســـع فى التصنيع وزيادة الإنتاج الذى يعود عائده على العاملين فى شكل خدمات ترفع من مستوى معيشتهم وتحسين مستواهم المادى وهذا نتيجة حتمية للارتفاع المضطرد للمهايا والأجور وتقليل ساعات العمل اليومية ، ولعل أهم ما تقوم به الهيئات الصحية فى الدول حاليا محاولة ضبط انتشار الأمراض المعدية كالزهرى والملاريا والتيفوس . بل أن بعضها يكاد يكون قد اختفى تماما من كثير من الدول . وقد أدى التحكم فى مثل هذه الأمراض إلى انخفاض فى معدل كثير من الاضطرابات واصابات الجهاز العصبى التى كانت تؤدى إليها مثل هذه الأمراض .

٣ ـ الاهتمام برفع المستوى الثقافى للمواطنين :

ومن أهم المشكلات التى تواجهها الدول النامية خاصة مشكلة محو الأمية واتاحة فرص التعليم لجميع المواطنين،ورفع سن الالزام ، وتطوير نظم التعليم فيها لاعداد

العمال المهرة ، والمزج بين اكتساب المواطن للمهارات الفكرية والجسمانية التي تتفق والتطور المعاصر في العلوم والتكنولوجيا حتى يتم الانسجام بين مكونات شخصية الفرد . وتولى الحكومات إهتماما بالمواطنين في جميع فئات العمل مما يتطلب تعاون الهيئات الطبية والتربوية . إذ تسعى إلى الاهتمام بمراكز رعاية الطفولة ، وبدور الحضانة،وبمراحل التعليم المختلفة حتى المستوى الجامعي والفني وكل هذا يساعد على غرس الاتجاهات السليمة نحو الحياة .

ولما كان إرتفاع مستوى الصحة العامة يؤدى إلى زيادة العمر ، فقد تولد حديثا في الدول النامية إهتمام خاص بالمسنين . وهذه المشكلة تعاني منها الدول الرأسمالية بيد أن الدول الاشتراكية بضمانها لمستقبل العاملين توفر المعاش الثابت لهم وتتفنن في إيجاد الطرق التي يتمكنون بها من إستمرار نشاطهم في الحياة العامة .

٤ — رعاية الامهات الحوامل :

لعل أقصى رعاية تجدها الأمهات الحوامل لاتتوفر إلا في المجتمعات الاشتراكية لان الخدمات التي تقدم لهن عادة تكون مجانية وتتحملها الدولة . وتنشأ المراكز تبعا للكثافة السكانية حتى تجد كل أم الرعاية المطلوبة . ولما كانت الامهات العاملات من الثروة البشرية التي تسهم في هذه المجتمعات في تطويرها وتنميتها ، فانهن يحزن على إمتيازات من ناحية أجازات الوضع مع إستمرار الاجر كاملا وتصل في روسيا إلى ١١٢ يوما بالإضافة إلى الرعاية الطبية الكاملة أثناء الحمل حتى يتم الحمل والوضع في ظروف طبيعية فلا تصاب الام أو الطفل بأى إصابات يكون لها خطرها في المستقبل . وتستمر الرعاية للطفل بعد الولادة مما يؤدى إلى التقليل من نسبة الوفيات بين الاطفال ، وكان هذا ولايزال محنة تعاني منها بعض الدول وخاصة النامية .

٥ - التربية الصحية :

لا شك أن للتربية الصحية أهميتها فى رفع مستوى الصحة العامة وفى تزويد المواطنين بالمعلومات الطبية وتسهم فى هـــذه العملية أجهزة الاعلام المختلفة ، ووزارات الصحة بأقسامها المختلفة المسئولة عن الدعاية الصحية ، والمراكز والمستشفيات التى تعتبر التربية الصحية ونشرها بين الجماهير من أهم وظائفها، وتشترك الهيئات التربوية والمؤسسات الثقـــافية مع الهيئات الطبية فى نشر وعى عن تربية الأطفال، وقواعد الصحة فى الحياة اليومية، والوقاية من الأمراض وعلاجها وما إلى ذلك .

٦ - المستشفيات :

هناك إهتمام خاص يوجه حاليـا لرفع مستوى الخدمة والعلاج فى مستشفيات الأمراض العقلية ، وزيادة عدد الأسرة للمرضى . ويتوقف رفع مستوى الخدمة والعلاج على وجود الطبيب المؤهل والممرضة المتخصصة ، والتعاون بين العاملين فى الميدان . ورفع مستوى التمريض هو المحور الأساسى فى نجاح العلاج أو فشله لأن مسئوليات الممرضة كبيرة ومتنوعة بالإضافة إلى أنها المساعدة الأولى للطبيب، فلها وظائفها المستقلة والهامة .

كما أن هناك اتجاها واضحا نحو الإكثار من العيادات الخارجية والمستشفيات النهارية التى يبقى فيها المريض طيلة اليوم ليعود فى الليل إلى أسرته حتى لا تكون الإقامة الكاملة إلا للحالات المرضية التى يمكنها الإفادة من مثل هذه الإقامة .

٧ - النشاط المحلى :

يوجه الإهتمام حاليا إلى البرامج التى يمكن أن تقوم بها الوحدات المحليـــة

بيئاتها المختلفة لتعضيد المواطنين وإستغلال الإمكانيات المحلية لوقاية وصيانة الصحة العقلية . وقد ثبت أن نجاح البيئات المحلية فى برامجها التى تخططها للصحة العقلية يتوقف على :- ا - قيادة مجالس الرعاية المحلية فى تفسير البرامج فى المجتمع وخاصة المنظمات السياسية . ب - الشعور بالكبرياء المحلى مع مرونة الحدود الفاصلة بين كل بيئة وأخرى . جـ - إستخدام القيادات السابقة القائمة فى المجتمع .

وفى سنة ١٩٦٥ عقد مؤتمر فى بوسطن لمناقشة تدريب الاخصائيين للعمل فى مجالات الصحة العقلية فى البيئات المحلية . وقد علق بنيت Bennet (١٩٦٥) على هذا المؤتمر بقوله « تتحول الصحة العقلية الآن من الإهتمام بعلاج المرض وتحسين حالة المريض إلى العمل الوقائى على مستوى البيئة المحلية ... وعلينا تبعا لذلك أن نهتم بما يمكن أن نسميه علم نفس البيئة . وهذا العلم يزيد عن مجرد أنه وليد لعلم النفس الاكلينيكى ...إنه يعتمد على كل مجالات المعرفة النفسية ويتفاعل معها مع الاهتمام بإسهامات علم النفس الاجتماعى ، وديناميكيات الجماعة ، ومراحل النمو . »

٨ - الطب العقلى الاجتماعى :

لقد بدأ إستخدام هذا المصطلح حديثا وبمعان متعددة غير أن لجنة خبراء الصحة العقلية التابعة لمنظمة الصحة العالمية فى تقريرها السابع الذى خصصته لهذا الموضوع (١٩٥٩) إستخدمته للاشارة إلى الطرق الوقائية والعلاجية التى تتجه نحو توفيق الفرد لحياة مشبعة ومفيدة من ناحية بيئته الاجتماعية والوصول إلى هذا الهدف ، يحاول إخصائى الطب العقلى الاجتماعى أن يهىء للمريض عقليا أو لأولئك الذين فى خطر من أن يصبحوا كذلك فرصا للاتصال بالمجتمع تهىء الحفاظ على الكفاءة الاجتماعية أو إعادتها للمريض .

وفى هذا التعريف يوجد مضمونان أساسيان اولهما : أن المريض عقلياً يمكن أن يتوافق فى بيئـــة إجتماعية معقدة ، وثانيهما : أن تهيئة الظروف المناسبة للاتصالات الاجتماعية المناسبة مفيد فى الوقاية من الأمراض العقلية .

ويجدر بنا إذا عدنا إلى الفصلين الأولين الذين إستعرضنا فيهما تطور الفكر من ناحية الأمراض العقلية نجد أن العلاج الخلقى ، كما نادى به بينل ومعاصروه كان يقوم على هذين المضمونين . كما ينطبق على ما نادى به كونوللى Conolly فى انجلترا ، ودوروثياديكس فى الولايات المتحدة .

وفى هذا المجال تجدر الاشارة إلى العلاج المهنى مما نادى به كثير من أطباء الأمراض العقلية وليس الغرض منه هو الوصول إلى قمـــة الانتاج أو شغل المريض ولكن الغرض هو إيجاد فرصة له للاحتكاك الاجتماعى لتنمية شخصيته. وقد استخدم العـــلاج المهنى كوسيلة لاخراج المرضى خارج الجدران لإنشاء علاقات مع المجتمع وكتمهيد للعودة إلى البيئة الطبيعية .

وفى مقال كتبه كيسين وكارميل Kissin & Carmichael(١٩٦٠)ينصب على تأهيل من سبق لهم دخول المستشفيات . ويعطيان أهمية لخدمات مرحلة الانتقال بين البيئة العلاجية والعودة إلى المجتمع ويؤكدان أهمية وجود بيوت وسيطة ، ومحلات للعمل يتوفر فيها الحماية ، وأندية إجتماعية وغيرها من الانشطة التى تمهد للمريض عودته وتزوده بخبرات مشبعة حتى يتمكن من عودة التعرف على البيئة ، وعودة البيئة إلى التعرف عليه .

ويتناول اندرسون وكيونس Anderson & Kunce (١٩٦٢) هذا الموضوع بقولهم « إن من المصاعب الهامة التى تؤدى إلى خلق المصاعب فى عملية التحول من حياة المستشفى إلى البيئة الخارجية طول مدة الأقامة فى مكان معزول،

وفى بيئة تفرض فيها الحماية على المريض هى بيئة المستشفى مما يؤدى إلى التقليل من المهارات التى يتطلبها التفاعل مع البيئـــة السوية بل فقدانها . ويمكن مساعدة المريض بإستخدام كثير من التكنيكات المتنوعة مثل ، الإرشاد ، وزيادة تحمل المسئولية فى بيئة المؤسسة ، ووجود المنازل الوسيطة ، وتدريب المرضى خارج المستشفيات . وبهذا يمكن إعدادهم لمواجهة مسئوليات الحيـــاة فى الخارج مع إستخدام الارشاد التعضيدى وخدمات الارشاد عامة فى مرحلة الانتقال .

٩ ـ الخدمة الاجتماعية الطب عقلية :

هذا ميدان من ميادين التخصص فى الخدمة الاجتماعية حيث يعمل الاخصائى الاجتماعى فى المؤسسات والمستشفيات التى ترعى هـــذا النوع من الحالات . ويكتسب الاخصائيون الاجتماعيون الذين يعملون فى هذه المؤسسات خبرتهم العملية تحت الاشراف الفنى بالعمل فى الميدان . وهم فى ذلك كالممرضات والاطباء الذين يعملون فى نفس الميدان والذين يكتسبون خبرتهم رغم تأهيلهم بالعمل تحت الإشراف فى هذه المؤسسات .

والتكنيك الذى يجيده الاخصائى هو « دراسة الحالة » والتى تعرف من وجهة نظر الخدمة الاجتماعية بأنهـا الطريقة المهنية التى يمكن بها مساعدة الناس بهدف إستغلال قدرات الفرد وإمكانياته فى بيئته للتوصل إلى تكيف أحسن. ويتضمن هذا التكنيك مقابلة العملاء سواء فى المكتب أو فى المنزل (منازل العملاء) ومقابلة أهليهم وذويهم للحصول على أقصى ما يمكن من المعلومات عن المريض وبيئته مما قد يساعد فى علاجه وإعادته إلى المجتمع . كما تتضمن متابعة المريض بعد شفائه لمساعدته على بلوغ أقصى درجة من المواءمة والتكيف .

وعلى الرغم من أن الخدمة الاجتماعية ولدت فى المجتمعات الرأسمالية كعمل

خيرى يهدف إلى إعطاء المساعدات المادية للمحتاجين ، فإن المساعدة المادية لا تحتل حاليا فى هذا الميدان إلا مركزاً ثانويا اللهم إلا فى الهيئات الحكومية التى يقتصر تخصصها على ذلك

والخلاصة أن الاخصائى الاجتماعى رجل مهنى مدرب على فن المقابلة ولديه معرفة عن العلاقات الأسرية وديناميكياتها ، والنظم الاجتماعية السائدة فى المجتمع مما يؤهله لمساعدة من هم فى حاجة إلى المساعدة لمساعدة أنفسهم وذويهم .

وقد يكون تعامل الاخصائى مباشراً فى المستشفيات مع المرضى وذويهم . وغالبا ما يقوم بتفسير الاجراءات التى تتخذ مع المريض وتطور حالته . كما يسعى لمحاولة تعديل البيئة المنزلية وإيجاد العمل المناسب للمريض بعد خروجه من المستشفى .

وتتحقق الخدمات التى يقوم بها الاخصائى بتنسيق الاتصال بينه وبين الاخصائيين فى المؤسسات الأخرى فى البيئة لتنسيق الخدمات وتحقيق أقصى ما يمكن منها .

وجدير بالذكر أن ما يقوم به الاخصائى الاجتماعى فى الدول الرأسمالية تقوم به الممرضة فى المجتمعات الاشتراكية . لأن الدول الاشتراكية تدين الخدمة الاجتماعية كبدعة إبتدعتها الرأسمالية لتخدير من يستغلهم الرأسماليون وتعجيزهم عن المطالبة بحقوقهم .

١٠ — توزيع الأمراض العقلية ومعرفة اتجاهات الجماهير وتغييرها:

خصصت لجنة خبراء الصحة العقلية تقريرها الثامن (١٩٦٠) لتناول مشكلة توزيع الامراض العقلية . فقد كان إهتمام الطب العقلى تاريخيا بالفرد ، غير أن الاتجاه بدأ يتحول حاليا إلى الصحة العقلية العامة . على أنه لا يمكن القول أن

جميع الاطباء كان إنشغالهم مقصوراً على المشكلات الاكلينيكية للفرد . فمن بين الرواد الذين اتجهوا إلى مجال البيئة بينل وأسكويرول . وفى أواخر القرن ١٩ حفز كرايبلين بعض معاونيه لمقارنة مدى تواتر الجنون بين عائلات أسر المرضى فى المستشفى وأقاربهم . وقام هو نفسه فيما بعد بمقارنه الامراض العقلية فى أندونيسيا وأمريكا الوسطى من ناحية وبين الاوروبيين من ناحية أخرى وأستمر عدد من تلاميذه فى هذا الاتجاه . ونما هذا الاتجاه فى نفس الوقت فى الدول الاسكندنافية والدول المتحدثة باللغة الانجليزية ، وعلى الرغم من أن الاصل فى هذه الدراسات البحث فى الوراثه أمتد مجالها إلى ميدان توزيع الامراض العقلية فى المجتمعات المختلفة وفى ظروف مختلفة . وبدأ الاهتمام بالاسباب والظروف البيئية وبدا من هذه الدراسات أن دراسة مشكلة العدوى فى الامراض الجسمانية يمكن إستخدامها فى مجال الامراض العقلية. فأصبحت تعنى كلمة epidemeology دراسة توزيع الامراض العقلية والسلوك تحت ظروف مختلفة فى حياة الإنسان فى البيئات المختلفة. ويستخدم هذا الاسلوب حاليا لسببين رئيسين متصلين هما: بيان الحقائق عن الامراض التى عولجت والتى لم تعالج لبيان الخدمات التى يمكن أن تقدم ، كذلك إكتشاف المظاهر والعادات والتنظيمات أو الظروف البيئية التى يمكن أن تؤثر فى بداية وتطور الامراض العقلية ولتقدير أهميتها النسبية فى بيان الاسباب والظروف .

ونجد هذا فى الدراسات المسحية التى تناولت دراسة إنتشار الأمراض العقلية النفسية وأسبابها فى حى من الأحياء أو مدينة من المدن مثل دراسة العشر سنوات التى قامت بها جامعة كورنل (١٩٦٢) لحى منهاتن والدراسات التى حاولت بيان مدى إنتشار الأمراض بين الطبقات الاجتماعية المختلفة أو الاجناس المختلفة مما سنشير إلى بعضها فى حينه .

ولما كانت معاملة المرضى بأمراض عقلية والعناية بهم تتوقف على إتجاهات المواطنين نحو المرضى والمرض هناك إهتمام فى هذه الدراسات بتقصى هذه الاتجاهات وطرق تغييرها وخلق الوعى الجماهيرى عنها والاهتمام بالتعرف على الاضطرابات النفسية فى وقت مبكر ومساعدة من يعانون منها قبل أن يستفحل المرض .

١١ — البحث العلمى وتبادل المعرفة :

تهتم الدول المتقدمة حاليا بالبحوث العلمية وتقوم بتمويلها بسخاء . لقد أكد كيندى فى خطابه الذى سبق الإشارة إليه والذى يبين فيه حجم مشكلة الأمراض العقلية والضعف العقلى فى أمريكا أن هناك ثلاث طرق جماهيرية لمجابهة المشكلة . أ ـ معرفة الأسباب وإزالتها ب ـ تقوية الإمكانيات المعرفية والبشرية د ـ تقوية وتحسين الإمكانيات التى تخدم برنامجا متكاملا . ويقوم البرنامج الذى قدمه على ضرورة وجود مراكز الصحة العقلية المحلية الشاملة ، وتحسين خـــدمات المستشفيات، وتوسيع مجالات البحث العلمى والخبرة البشرية. وهذا الاتجاه تحتذيه معظم الدول حاليا .

ويمكننا القول بأن البحوث تدور حاليا حول الموضوعات التى سبق لهيئة الصحة العالمية أن نادت بها مع الاهتمام بما يأتى :

أ ـ بحوث المسح لبيان مدى إنتشار هذه الأمراض فى البيئات المختلفة .

ب ـ للبحوث المخصصة لعلاج أنواع الانحرافات المختلفة .

جـ ـ البحوث التنفيذية action research التى تدور حول تنفيذ مشروع وقائى أو علاجى مبتكر ومتابعته خلال مراحل تنفيذه لبيان إمكانية نجاحه وتعميمه هذا مع الاهتمام بالمجلات العلمية والمنشورات والمؤلفات التى تنشر نتائج البحوث وتبادلها وتزويد المراكز العلمية بها .

١٢ - الفئات الخاصة :

أشرنا من قبل إلى الاهتمام الحالى بالمسنين نتيجة لزيادة عددهم لارتفاع مستوى الصحة العامة . وكيف أنهم أصبحوا يكونون مشكلة فى كثير من الدول الرأسمالية فقد زاد عددهم فى الولايات المتحدة أربعة أضعاف ما كان عليه فى سنة ١٩٥٠ وزاد عدد الداخلين منهم إلى مستشفيات الأمراض العقلية بمقدار تسعة أضعاف وذلك لمن هم فى سن ٦٥ سنة فما فوقها ... ووصلت أعلى نسبة للانتحار بينهم فى بلجيكا وفرنسا وإيطاليا وهولندا والبرتغال وإنجلترا وويلز والولايات المتحدة وألمانيا وسويسرا وإسبانيا وهذا طبقا لتقرير خـــبراء الصحة العقلية السادس (١٩٥٨) وكلها كما نرى من الدول الرأسمالية .

ومن الفئات الخاصة التى توجه إليها العناية حاليا ضعاف العقول ، والأحداث المنحرفين ، والمعوقين جسمانيا .

الباب الثالث

تصنيف الأمراض النفسية والعقلية واعراضها

الفصل الخامس

تصنيف الامراض النفسية والعقلية

مقدمـــــة :

رأينا فى عرضنا التاريخى لمفهوم المرض العقلى أن الاهتمام فى القرنين الثامن عشر والتاسع عشر كان متجها نحو تصنيف الامراض العقلية . وأن هذا الاتجـاه إتجاه قديم كانت تمثله مدرسة كنيدوس Cnidus المعارضة لمدرسة Cos التى كانت تتخذ إتجاه أبقراط . فبينما كانت مدرسة Cnidus تحاول تحديد المرض كوحدة لها أعراضها، يمكن وصفها ووضعها فى فئة من فئات التصنيف ، نجد أن مدرسة كوس كانت ترى أنه من الصعب التأكد من أن مجموعة خاصة من الأعراض تعنى مرضا معينا واهتمت بدلا من ذلك بتحديد المشكلة الاكلينيكية فيما يختص بالمريض الفرد . ولزيادة الايضاح نضرب مثلا من الطب العـــام . إذا اشترك عدد من الأفراد فى ظهور أعراض معينة واحدة ولتكن هذه الأعراض أعراض الحمى ، فالتشخيص المبدئى الذى يتوصل إليه الطبيب هو أن الأعراض تسمح بتصنيف هؤلاء المرضى تحت فئة عريضه معروفة هى الحميـــات ... إذ تشترك أمراض الحميات فى أعراض معينة . الخطوة التالية هى أن يقوم الطبيب بجمع المعلومات المختلفة التى تساعده على تحديد المرض الخاص من بين هذه المجموعه من الامراض والتى يشترك المرضى الذين تم فحصهم فى أعراضه أى التوصل إلى تشخيص عام متفق عليه . وحينئذ يوصف الدواء ، ويتبع الطبيب سير المرض لمعرفة ما إذا كان يطابق فى سيره ما هو معروف عن المجرى الذى يتخذه هذا المرض . هذا

ما قد يفعله الممارس العام. غير أن الأمر يجب ألا يقتصر على ذلك . حقا يشترك المرضى فى الأعراض وفى نوع المرض ، بيد أن المرضى يختلفون فيما بينهم فى مدى حدة المرض ، وفى تكوينهم الجسمانى ، وقدرة كل منهم على المقاومة ، وظروف المعيشة وما إلى ذلك من العوامل التى يمكن أو لا يمكن حصرها . وحينئذ يجب أن يوضع فى الاعتبار الظروف الخاصة بكل مريض ، أى تفريد العلاج .

ويؤكد المعارضون للتصنيف وخاصة فى الأمراض العقليـــة مبدأ التفريد ودراسة كل حالة على حدة ، ويرون أن التصنيف وإن كان له ما يبرره فى الطب العام فالأمر يختلف فى الأمراض العقلية للأسباب التالية : ـ

١ ـ أن معظم فئات التصنيف التى قدمها العلماء والتى سادت حتى قبل عام ١٩٣٠ كانت تصنيفات تهتم بالأعراض الظاهرية أو وصف التغير الذى يحدث فى العقل أو الملكات دون بيان للأسباب أو مصدرها ويصدق هذا على المصنفات التى قدمها Esquirol اسكويرول ، وبينل Pinel وغيرهما.

٢ ـ تشابه الأعراض المرضية وخاصة فى بداية المرض فكثيراً ما تصدق الاعراض المصاحبة للحالة على أكثر من مرض واحد .

٣ ـ عمومية التصنيفات . فقولنا بأن الفرد مريض بالذهان أو بالعصاب كالقول بأنه مريض بالحمى ، فأى نوع من الحمى يعانى منه؟! كذلك الحال فى الذهان فهى لفظة تطلق على مجموعة متنوعة من الامراض ربما لا يوجد بينها عامل مشترك .

٤ ـ عدم دقة المعايير والمحكات التى تتخذ للتفرقة بين مرض وآخر .

٥ ـ تأثر كثير من التصنيفات بالممارسات فى الطب العام ، واعتبار الامراض العقلى أمراض تصيب العقل متجاهلة العوامل النفسية والاجتماعية .

على أى حال يجدر بنا أن نقرر أن التقسيمات والمسميات المختلفة للأمراض العقلية والنفسية ما هى إلا اصطلاحات عرفية تسهل الدراسة . ونحن نتفق مع كيرون وكيرون Cameron & Camron (١٩٤٤) على أن الأعراض الخالصة التى تصدق على مرض بالذات لا توجد إلا فى الكتب العلمية . كما تجدر الاشارة إلى أن التنظيمات الداخلية للمستشفيات والظروف العملية تقتضى وجود نوع من التصنيف لتحقيق أقصى ما يمكن أن يقدم للمريض من خدمات .

العصاب والذهان :

تصنف الأمراض العقلية والنفسية فى تصنيفين عريضين حيث تدخل مجموعة تحت ما يسمى بالذهان Psychosis وتدخل مجموعة أخرى تحت ما يسمى بالعصاب النفسى Psycho-neurosis .

والذهان لفظة بدأ إستعمالها فى نهاية القرن التاسع عشر بدلا من لفظة الجنون فى الكتب العلمية . وأول من استعمل هذا المصطلح أحد العلماء الالمان حوالى منتصف القرن ١٩ وكان يقصد بها أمراض الشخصية ليفرق بينها وبين الأمراض الجسمانية . ولما كان علماء الطب العقلى فى القرن ١٩ يعتقدون بأن الامراض العقلية أمراض تصيب العقل فقد تخلوا عن لفظة الشخصية ، وأصبحت لفظة الذهان عندهم تعنى المرض العقلى أو الجنون .

أما العصاب النفسى فيطلق على مجموعة من الأمراض تشترك فيما بينها فى أعراض أهمها القلق ، والتوتر ، والانقباض ، والانشغال الزائد بالأمور الجنسية والآلام الجسمانية التى لا يوجد لها أى سبب عضوى والافكار والافعال الحواذية ، والخوف من الجنون ، والشعور بالضعف الجسمانى العام .

بدأ أطباء الأمراض العقلية والأطباء عموما فى القرن ١٩ يعطون إهتماما

للأمراض العصابية . فكان من الطبيعى أن يقوموا بمقارنة أفراد المرضى بالذهان بأفراد المرضى بالعصاب النفسى . وسنعدد بعض العوامل التى كانت ولا زالت تتخذ للتفرقة بين أفراد الفئتين ونناقش كل منها .

١ - كان أول ما ذهب إليه الأطباء أن المريض بالذهان يستدعى إيداعه المستشفى بينما لا يتطلب المريض بالعصاب ذلك . وبدأ الاعتقاد بأن العصاب مرض سهل وبسيط بينما الذهان مرض خطير ومعقد ، وبالتالى يمكن فهم العصاب بينما يصعب فهم الذهان لخطورته .

إن الفكر الحالى يناقض هذا الرأى فقد ثبت أنه فى المراحل الأولى للمرض قد يتمكن المريض من أن يستمر فى حياته كشخص قادر على الانتاج بل إن كثيراً من المرضى لا يستدعى الأمر دخولهم المستشفى البتة . وبتقدم العلاج النفسى أصبح العلاج الخارجى ممكنا للكثيرين .

٢ - يتخذ البعض قدرة المريض على فهم مرضه كخاصية هامة تفرق بين المرضى بالذهان والمرضى بالعصاب . وهذه القدرة يطلق عليها البصيرة insight ويقال أن هذه القدرة تكون موجودة لدى العصابيين بينما يفتقدها المرضى بالذهان . ويتخذ الافتقار إلى البصيرة كشرط يحقق مطلب تعريف الذهان ودلالة تسمح بإيداع المريض المستشفى . غير أنه من الثابت أن بعض المرضى بالعصاب قد يفتقرون إلى القدرة على البصيرة . ومعنى هذا أن هذا المحك ليس مطلقا .

٣ - يذكر البعض أن الذهان يتميز بإضطراب علاقة المريض وبيئته وأن الشقة بينه وبين بيئته عميقة للاضطراب فى رؤية الواقع وتشويشه بل ومحوه . أما العصابى فيكون إتصاله بالبيئة مستمراً والاضطراب عنده ليس حاداً . لقد بينت الدراسات التى قورن فيها العصابيون بالأسوياء إضطراب نظرتهم إلى الواقع وقد يكون ذلك حاداً ،

٤ - قيل إن العصابيين قادرون على التعبير عن آلامهم ، ويسعون إلى العلاج بينما الذهانيون لفقدانهم للبصيرة لايسعون لطلب العلاج ، والمألوف هو شكوى الآخرين منهم .

وقد أدى ذلك فى كثير من الأحيان إلى تشخيص كثير من الأمراض الذهانية بالعصاب لمجرد سعى المصابين لطلب العلاج . وفى هذا القول مبالغة إذ أن أمر السعى للعلاج يقتصر على عدد قليل من أفراد الفئتين .

٥ - ومما يذكر مراراً عدم القدرة على التجاوب مع المعالج من ناحية المريض بالذهان . وقد أدت هذه الصعوبة ببعض الأطباء إلى تأكيد إستحالة نجاح العلاج النفسى مع المرضى بالذهان . غير أن النجاح الذى صادفه آخرون مـــع هؤلاء المرضى يدحض هذا الزعم إذ نجح العلاج النفسى مع المرضى بالفصام . ومما يثير العجب هو أن الأطباء قد أخذوا وقتا طويلا جداً للتخلى عن القول بأنه يصعب الاتصال معهم ، وينهج العلاج النفسى الحديث معهم ما يلى : إذ يسجل للمريض سلوكه خلال فترة عدم إنتظام شخصيته تسجيلا دقيقاً وبعد ذلك يتم تحليل هذه التسجيلات بالاشتراك مع المريض ويمكن القيام بذلك بعد أن تخمد الفترة الحادة من المرض . وهنا نجد أن المريض بالفصام من الممكن التفاهم معه . أما المرضى بالذهان الدورى فيكون الاتصال بهم فى العادة صعبا بعد الشفاء للتحليل العميق أما إذا حاول المرء معهم وهم فى حالة الاكتئاب فمن الممكن ممارسة العلاج النفسى معهم . وبهذا لا يمكن القول بأن المرضى بالذهان يصعب الاتصال بهم .

وجدير بالذكر أن لفظة العصاب كان يقصد بها فى أوائل القرن ١٩ طبقا لتصنيف كالن Callen والذى اتخذه بينل فى عام ١٨٠٠ أساسا لتصنيفه ... كل ما يصيب الحواس أو الحركة دون وجود إرتفاع فى درجة الحرارة ... وكل

ما لا يتوقف على إصابة عضو من الأعضاء ، ولكن يتوقف على الإصابة العامة للجهاز العصبي .. وقسم العصاب فى أربع مستويات : ـ

١ ـ فى المستوى الأول المجموعات الاكلينيكية التى تصاب فيها الحركات الارادية بالنوم أو توقف الإحساسات مثل الاغماءات، وفقدان الادراك الفجائى المصحوب بنزيف فى المخ apoplexies ، والشلل .

٢ ـ فى المستوى الثانى وضع فقدان الشعور المؤقت syncopes ، والوهم المرضى hypocondriasis ، واضطرابات سوء الهضم dyspepsia ، وداء الرماع chlorosis (نوع من اللوكيميا ـ تسمى أحيانا الانيميا الخضراء) وهذه الاضطرابات ترتبط باصابة الحركات اللا إرادية الحيوية أو الطبيعية .

٣ ـ فى المستوى الثالث توجد الحركات غير المنتظمة للعضلات أو الأنسجة . ويدخل فى ذلك التشنجات ، والخوريا (رقصة سان فيتسان) ، والصرع ، والهستيريا ، ومرض السكر ، والاسهال ، والمغص ، والربو ، وخفقان القلب .

٤ ـ فى المستوى الرابع يوجد ماأسماه بالتدهور العقلى vesaniae ويقصد به الخبل العقلى غير المصحوب بحمى أو سبات . وهذه المجموعة هى التى عرفت فيما بعد بالذهان . وأدخل فيها الضعف العقلى ، والمانيخوليا (السوداوية) والهوس mania وجولان النوم والكوابيس .

ولما جاء بينل إستمر فى تصنيف التدهور العقلى vasaniae كمجموعة واحدة من « أمراض العصاب التى تصيب وظائف المخ » ، وإضافة العتـــه إلى هذه المجموعة .

وأضاف تلميذه إسكورول Esquirol إلى هذا التصنيف مفهومى جنون التكدر أو الانقباض lypemania وجنون الحواز المفرد menemania ليحلا

محل مرض الماليخوليا (السوداوية) القديم . وينطبق تشخيص الانقباض الجديد على أولئك الذين ينحصر تفكيرهم فى نطاق سلسله ضيقة من الأفكار مع وجود الاكتئاب، بينما ينطبق تشخيص الحواذ المفرد على أولئك الذين لا يفكرون إلا فى موضوع واحد مصحوبا بالاضطرابات والانفعالات الجامحة .

وحتى سنة ١٨٣٠ كان الموقف فى الطب العقلى هو اعتبار أن العصاب يتضمن كل ما يسمى فى الطب الحديث بالامراض العصبية ، وبعض ما يعرف حاليـــا بالأمراض النفسجسمية ، وبعض أمراض التمثيل الغذائى ، والمرض السلوكى المتلون المعروف بالهستيريا . أما التدهور العقلى Vesaniae أو عصاب القشرة Cerebral neuroses فيتضمن ما عرف فى أواخر القرن التـاسع عشر بالذهان العضوى والوظيفى وكذلك الشخصية السيكوباثية . ولما كان علم الأمراض فى ذلك الوقت لم يصل إلى ما وصل إليه حاليا، فلم تكن القدرة موجودة للتمييز بين ماهو وظيفى وما هو عضوى من هذه الأمراض .

ويقصد بالعضوى أن الأساس فيه جسمانى فسيولوجى ، إما فى الجهاز العصبى أو أى جزء آخر من أجزاء الجسم . فادمان المخدرات والخمر قد يؤدى إلى قطع الصلة بين المرء وعالمه الخارجى وتبلد الحواس . ويؤدى بعضهـــا إلى الهلوسة والتخريف . وقد يؤدى مرض الزهرى إلى إتلاف بعض الاعصاب فيعطل من تفاعل الفرد مع بيئته تفاعلا على أساس من الواقع . فالانحرافات النفسية الناتجة عن كل هذه الأسباب تسمى باضطرابات عضوية .

وهناك من الاضطرابات مالا يمكن أن نرده إلى أسباب عضوية . وهـــذه تسمى بالاضطرابات الوظيفية . ليس معنى هذا عدم وجود أى سبب عضوى ، فقد تكون هنـــاك أسباب لا نعرفها ولا يمكن عزلها أو التحقق منها . ومن

الجائز ألا يكون هناك أى تغير عضوى ولكن قد يكون هناك تغير وظيفى بين أعضاء الجسم أو قد يكون ثمة صراع بين أنماط العادات التى أدت إلى الاضطراب.

ومنذ سنة ١٨٣٣ حدثت تطورات خطيرة فى ميدان الطب كان لهـا أثرها المباشر فى الطب والطب العقلى نلخصها فيما يلى : -

١- إعادة صياغة مفهوم الفعل المنعكس الذى كان غامضا من قبل ، وبيان أن الأعصاب إذا أستثيرت فمن الممكن أن تنشأ حركات عضلية مستقلة عن الاحساس الشعورى والارادة . وهذا يعنى أن حركة عضلية من الممكن أن تتم دون شعور الفرد وإحساسه . وكان لانتشار فكرة الفعل المنعكس مع مبدأ الاستثارة العصبية مع التوصل إلى تشريح الجهاز العصبي وبيان أقسامه المختلفة مما أدى إلى تفسير العصاب فى القرن التاسع عشر على أساس الفعل المنعكس وتحديد مكانه فى أحد أقسام الجهاز العصبى فى المخ ، أو النخاع الشوكى ، أو العقد العصبية وأثره على الوظائف المرتبطة بكل قسم .

كما أدت هذه المفاهيم إلى السماح باستغلال العوامل النفسية فى بيان أسباب الأمراض فى الطب والطب العقلى .

٢- الاقامة فى المستشفى: إذ سمحت مدة الاقامة للاطباء بدراسة التطور الطبيعى للأمراض فى بيئة المستشفى . إذ لاحظوا التنوع الكبير فى سلوك المرضى . وقد أدى هذا إلى ثلاث تطورات هى . -

ا - محاولة إختصار الاعراض المرضية فى مظاهر عملية مرضية أساسية واحدة وساد هذا الاتجاه فى إنجلترا حيث نجد سانكى W.H.O. Sankey سنة ١٨٦٠ ينادى بأن كل الأمراض العقلية تبدأ بحالة سوداوية ثم تنزع إلى المرور بمراحل مرتبة كالتالى: مزاج سوداوى، ثم هوس ثم تدهور عقلى. وهذا التتالى من الممكن أن يقطعه الشفاء ... ولم يثبت هذا الرأى أمام التطور العلمى .

ب ـ التميز بين الأعراض الأوليـــة والأعراض الثانوية إذ ميز توماس سيدنهام بين الأعراض التى تنتـج عن الإصابة ، والأعراض التى هى رد فعل للاصابة وهذا الاتجاه لازال باقيا .

جـ ـ محاولة بناء نظام مفصل للتصنيف يمكن تصويبه باستمرار فى ضوء الخبرات الاكلينيكيةوهذا الاتجاهوسابقه استغله كرابيلينوبلولر Bleuler وبذلك أنقذا تصنيفهما وأفسحا المجال لتنوع الأعراض .

د ـ أدت الاقامة فى المستشفىوملاحظة المرضى فى فرنسا إلى أن أمدنا ماجنان Magnan باسم « الهذيان المزمن » لسلسلة من الأعراض تبدأ بوهم الشك يتلوها هلوسة بأوهام منظمة ، مع وهم العظمة ، ثم الانهيار العقلى ، وفى سنة ١٨٨٥ أصبح إستخدام لفظة جنون الاضطهاد paranoia المستخدمة حاليا مقبولة .

كما أدخل فارلت Farlet مصطلح « الجنون الدورى » Folie circulaire وأستخدم Baillanger مصطلح «الجنون ذوالشكلين»Folie adouble forme ليدل على مرض يتخذ شـــكل الهوس والاكتئاب معا كمظهرين لردود أفعال المريض بهذا المرض مما اتخذه كرابيلين فيما بعد أساسا لذهان « الهوس الاكتئاب » .

٣ ـ دراسات التنويم المغناطيسى التى قام بهـا شاركوت وليبولت Liébault وبرنهايم . إذ نبع عن هذه الدراسات علم نفس جديد عن العصاب . ويعزى لجانيت الفضل فى تحديد أهم أنواع العصاب فى الهستيريا، والنوروستانيا ، والمخاوف والأفكار والأفعال الحواذية والتى يجمعها مصطلح psychasthenia .

وطيلة القرن ١٩ ظل الخلط موجوداً بين العصاب والذهان . وكان هناك اعتقاد بأن العصاب درجة من درجات الذهان المخففة، وأن العصاب من الممكن أن

يتحول إلى ذهان ، على أن اتضاح دور العوامل النفسية فى العصاب كما بينها فرويد ، وفصله لعصاب القلق عن النيوروستانيا ، وبيان الاسس النفسية للمخاوف المرضية ، ووصفه للديناميكية النفسية لتكوين السلوك اللا شعورى ، وكذلك ظهور فكرة التكوين الفصامى Schizoid cor stitution والتى أتخذت معيارا ممهدا لمرض الفصام فى تقسيم كرايبلين كلها بدأت تؤكد الاختلافات بين العصاب والذهان. ويمكننا القول أن الافكار والاتجاهات التى حلت مشكلة الفصل بين العصاب والذهان كانت حصيلة القرن الحالى .

تصنيف الأمراض النفسية والعقلية :

وفى عرضنا للأمراض التى تدخل تحت العصاب والذهان وغيرها من الأمراض سنسير وفقا للتصنيف الذى تتبعه مجلة المستخرجات النفسية الامريكية The Amreican Psyholgoical Abstracts وهى مجلة عالميـــة تلخص شهريا البحوث التى تمت فى أرجاء العالم فى ميادين علم النفس المختلفة والملاحظ أن هذا التصنيف يكاد يكون متفقا عليه عالميا . وهو فى أساسه تصنيف كرايبلين معدلا بتوسيع قاعدته لتفادى التقسيم تبعا للأعراض ولتأكيد الاساس المرضى والاسباب .

التصنيف :

١ ـ العصاب والاضطرابات الانفعالية : ويدخل فى ذلك القلق anxiety والمخاوف المرضية Phobia ، والهستيريا Hysteria ، والأفكار والافعال الحواذية والقهرية Obsessive - compulsive reactions، والنيوروستانيا ، والرجع العصابى Reactive neuroses .

٢ ـ الذهان psychoses : وينضوى تحته الفصـام Schizophrenia

والاضطرابات الانفعالية affective disorders ، وذهان الاضطهاد Paranoia

٣ ـ الأمراض النفسجسمية Psychosomatics وتشمل الاضطرابات النفسية والعقلية التى تصاحب بعض الأمراض الجسمانية ، والعدوى بامراض معدية والتسمم .

٤ ـ الاضطرابات المصاحبة لتلف فى المخ والصرع .

٥ ـ الضعف العقلى .

٦ ـ الاضطرابات السلوكية : وتتضمن . إدمان الخمر والمخدرات ، والانتحار ، والجريمة وإنحراف الاحداث ، والشذوذ الجنسى .

الفصل السادس

الأعراض المرضية

رأينا أن من الصعوبات التي صادفها العلماء في تشخيص الأمراض العقلية والنفسية تنوع الأعراض واشتراك الأمراض المختلفة فيهـــا ، كما بينا أن هذه الأمراض كثيراً ما صنفت تبعا لأعراضها . وتظهر الاعراض المرضية عادة كاضطرابات في مجال الإدراك ، أو الذاكرة،أو التفكير،أو الوجدان أو الارادة وسنذكر فيما يلي أهم هذه الاعراض .

١ — الاضطرابات الادراكية

الهلوسة Hallucinations

في سنة ١٩٥٨ عقـــدت رابطة الطب العقلي الأمريكية ندوة علمية عن الهلوسة ، وجمع وست West كل البحوث التي عرضت في هذه الندوة في كتاب نشر في عام ١٩٦٢ . وكثير من هذه الدراسات على ما يبدو كانت دراسات تمهيدية لما سوف يحدث لرجال الفضاء في عزلتهم بعيداً عن كل المؤثرات الحسية . على أي حال يضم الكتاب موضوعات الندوة التي تناولت دراسة الهلوسة من الناحية الفسيولوجية العصبية ، ودور تكوين شبكة الجذع الدماغي brain stem reticular formation ، ومفعول العقاقير ، والمقارنة بين الهلوسة الناتجة عن المخدرات والهلوسة الذهانية والهلوسة نتيجة للحرمان من النوم ، والهلوسة البصرية والاطار المظهري للهلوسة ، والمظاهر الاجتماعية للهلوسة ، والعوامل النفسجسمية والواقع والهلوسة ، ونظرية عامة عن الهلوسة والاحلام .

والهلوسة نوع من الإدراك لمنبهات لا وجود لها فى الواقع الخارجى. فالهلوسة تكون عادة حسية أى تتصل بحواس السمع والبصر والشم والذوق وما إليها ... فقد يرى المريض مرئيات أو يسمع أصواتا أو يشم روائح لا وجود لها فى الواقع .

والهلوسة البصرية مألوفة فى ذهان الإدمان وهذيانه delirium tremens وفى الأمراض المعدية. فقد يرى المريض أناسا آخرين أو حيوانات أو أشباحا ... الخ وقد تكون الصور التى يراها ثابتة وقد تكون متحركة كما أنها قد تكون واضحة كما قد تكون غامضة .

أما الهلوسة السمعية فتتواتر فى المرضى بالفصام إذ يسمع المريض أصواتا قد تكون مألوفة وقد تكون غريبة . وتتنوع محتويات الهلوسة ففى بعضها يتحدث المريض وهو آمن إلى هذه الأصوات وفى غيرها يسمعها توجه له الاتهام أو السب أو تأمره بالقيام بعمل من الأعمال .

وتتواتر الهلوسة الشمية فى مرض الفصام وما يشمه المرضى يكون عادة ذا رائحة كريهة فيسدون أنوفهم بالقطن أو بأيديهم ... الخ .

وبعض المرضى يكتمون هلوستهم ويخفونها ويكونون على وعى بأنهم يهلوسون والبعض الآخر يرى أن هلوسته حقيقة واقعة .

لقد تعددت الآراء التى تحاول تحليـــل الهلوسة وتأصيلها . ففى بحث قام به ريس Riss (١٩٠٩) قام بتدريب سبعة من المرضى ممن يعانون من الهلوسة والأوهام على أن يتحدثوا عن بدايات ونهايات هلوستهم السمعية فوضع كلا منهم لمدة ٩٠ دقيقة فى كابينة عازلة للصوت ولا يصل إلى المفحوص إلا صوت من جهاز قيـــاس السمع andiometer . قيست الهلوسة السمعية للمفحوصين فى

ثلاث مستويات من الحدة الصوتية هى عدم وجود صوت ، وصوت فوق عتبة السمع ، وصوت تحت العتبة . أفاد جميع المفحوصين بهلوسة سمعية عند وصول الأصوات المسموعة لهم إلا فرد واحد سمع أصواتا فى حالة غياب الصوت . وطبقا لهذه النتائج ونتائج بحوث أخرى يرى ريس : -

أ - أن الهلوسة السمعية غالبا ما تحدث فى حضور صوت مسموع ب - أن الهلوسة تتضمن تشويشا حاداً للمؤثرات الحسية فى البيئة ، بينما الخداع البصرى يتضمن تشويشا خفيفا . حـ - يجب تعديل التعاريف الجارية عن الهلوسة حتى يمكن فهم هذه الظاهرة .

وفى بحث قام به وينشتين Weinstein (١٩٦٢) جمع معلومات عن الهلوسة والاوهام من المرضى المودعين فى عنبر من عنابر المرضى بأمراض عقلية فى أحد المستشفيات العامة الصغيرة فى فترة طولها ١٨ شهراً . وكانت العينة تتكون من أربع فئات من ثقافات مختلفة فوجد إختلافات بين هلوسة الفئات الأربعة وانتهى إلى أن الهلوسة ليست مظاهر غريبة أو دخيلة ولكنها جزء من نسيج المجتمع الذى يعيش فيه الفرد . وفى رأيه أنها رموز مركزة تركيزاً كبيراً لها أساس من الواقع لأنها عنصر من نمط الانتماء الاجتماعى للفرد .

ويرى ويل Will (١٩٦٢) أن الهلوسة تعكس مظاهر معينة للمجال الاجتماعى للفرد وتعكس خبرات لدى المريض إكتسبها فى باكورة حياته فى مجـــالات العلاقات الانسانية. وترمز الهلوسة إلى خبرات فى هذه المجالات تم الاحتفاظ بها خارج الوعى للتخفيف من حدة القلق وتظهر إذا ما زادت حدة المواقف التى تبعث عليه .

وقد أثبتت كثير من البحوث (شورلى Shurley ١٩٦٢ ، سيلفرمان وآخرون

١٩٦٢ ، سولوفان ومندلسون ١٩٦٢) أن عزل الإنسان فى مكان لا تصل فيه أى إحساسات يؤدى إلى هلوسة البعض سمعيا وبصريا ومفصليا . كما بين وليامز وآخرون (١٩٦٢) أن الحرمان من النوم يؤدى إلى الخطأ فى الإدراك البصرى وفقدان الإدراك المؤقت واضطراب الناحية المعرفية .

والنظرية التى يقدمها وست West (١٩٦٢) لتفسير الهلوسة هى أننا فى حالات اليقظة العادية تقصف عقولنا بوابل مستمر من المعلومات... مستمدة... من منبهات ... يكون لهذه العبوة من المعلومات الجديدة أثر الكف فتمنع ظهور الإدراكات السابقة إلى مستوى الوعى . فإذا ما قلت العبوة ، فإن صوراً عقلية ينفك عقالها.. فإذا كان الوعى نشطا فإن المدركات التى إنفك عقالها قد تبدو فى الخبرة وعلى شكل تخييلات ، أو أحلام ، أو هلوسة .

ورأيه قريب من رأى العالم الروسى المعاصر بوبوف الذى يفسر الهلوسة على أساس بافلوفى إذ يفسرها على أنها عملية تقوم على الكف الجزئى فى القشرة المخية . إذ تظهر الهلوسة فى وقت توجد فيه فى القشرة المخية مراحل إنتقالية (أنظر نظرية بافلوف فى الفصل الثانى) . وقد تظهر الهلوسة فى مراحل التعادل والتناقص ففى حالات مرحلة التعادل تقوم آثار المدركات الماضية باستثارة نفس ردود الفعل فى الخلايا العصبية كما تفعل المنبهات الفعلية فتحدث الهلوسة بالإضافة إلى إدراك البيئة المحيطة بالمريض . أما فى حالات مرحلة التناقص فإن الصور العقلية تبرز وحينئذ قد يدرك المريض ما يحيط به أو لا يدركه .

ويمكن ملاحظة المراحـــل الإنتقالية فى الاصحاء حين ينامون أو حين يستيقظون أو خلال حالات النوم غير العميقة . وهذا الكف الجزئى قد يستمر طويلا مع بعض المرضى أثناء اليقظة . ويمكن بيان العلاقة بين بداية الهلوسة

والكف الجزئى فى القشرة المخيـــة بتأثير العقاقير . وتزداد الهلوسة حين تعمل عوامل الكف وتقل بزيادة الاستثارة .

٢ ـ اضطرابات الذاكرة

يعتبر التذكر من العمليات العقلية العليا . ويقصد به إظهار الدلالات على التأثر بشىء فى الماضى . وقد يكون التذكر كاملا وتاما للخبرة السابقة فقـــد يصاب الفرد فى حادثة تصادم فى الصغر فإذا طلب منه تذكرها فإنه يتمكن من تذكر كل تفاصيلها من حيث المكان الذى وقعت فيه والوقت والأفراد حتى الملابس التى كان يلبسها وما إلى ذلك من التفاصيل .

وقد يكون التذكر مجرد التعرف على شىء لسابق خبرة به فى الماضى ولا يكون التذكر هنا تاما بل يكون مجرد شعور بأن هذا الشىء مألوف ومر بخبرة الفرد فى الماضى . كما قد يحدث أن مظهرا من مظاهر خبرة سابقة يؤدى إلى تذكرنا هذه الخبرة مثلما يحدث عند وقوع نظرنا على هدية من هدايا عزيز لنا فى الماضى . إذ تؤدى رؤيتها إلى تذكر هذا الفرد وخبراتنا معـــه . وهناك ونوع آخر من التذكر مثل ما يحدث حين حفظنا لقطعة من النثر أو الشعر ويطلب منا إلقاؤها .

والنسيان ظاهرة طبيعية تتم لعدم إستعمال الفرد للمادة التى تعلمها فتتحال وقد تمحى تاما ، أو لاهتزاز الانماط المحفوظة وتساقط بعض عناصرها واتخاذ المتبقى شكلا جديداً ، أو التعرض للكف المضاد retroactive inhbition الذى يتولد نتيجة التعب أو الالم ، والاذى الذى يلحق الجسم أو تعلم حركات جديدة تتعارض مع الحركات القديمة وتحل محلها ، وهناك النسيان بالكبت إذ يصعب على المرء تذكر بعض الخبرات المرتبطة بانفعالات مؤلمة فى الماضى وما إلى ذلك .

وتقسم إضطرابات الذاكرة إلى إضطرابات تتعلق بالحفظ وأخرى تتعلق

بالاسترجاع . فنى الامراض التى يصاب فيهـــا المخ كذهان كورساكوف Korsakoff's psychosis الذى ينتج عن تلف فى المخ يرتبط عادة بادمان الخمر، وذهان المسنين ، وتصلب الشرايين ، والامراض المعدية وما إلى ذلك يصعب على المريض تذكر مايقرأه مهما تكررت مرات القراءة. وفى كل مرة تعتبر المادة المقروءة جديدة عليه .

وفقدان الذاكرة amnesia يعنى فقدان القدرة على تذكر أحداث فترة معينة ويوجد منها شكلان : شكل يعجز فيه المريض عن تذكر الاحداث التى سبقت بداية مرضه الحالى ، وشكل آخر يعجز فيه عن تذكر أحداث الفترة التى تلت بداية المرض أى تذكر الاحداث الراهنة .

وتصحب إضطرابات الذاكرة أحيانا ظاهرة التلفيق وخاصـــة فى المرضى المصابين بتلف فى المخ كالامراض السابق ذكرها . والتلفيق هنا دفاع ضد القلق الناتج عن فقدان الذاكرة . فدمن الخمر الذى يعانى من سوء التغذية مثلا يلحق الضرر بذاكرته للاحداث القريبة ، ويلحقـــه الذعر من ذلك ، فيخدع نفسه بأفكار فقدانه لذاكرته وينتج قصصا خيالية مليئه بتمجيده لنفسه ليسد فراغ الساعات والايام السابقة التى كان من الممكن تذكرها بسهولة لولا التلف الذى لحق بوظيفة المخ وأحيانا بخلاياه .

٣ ـ اضطرابات التفكير

تتنوع الاضطرابات الفكرية فى الامراض العقلية تنوعا كبيراً . فقد تبدو الاضطرابات فى أسلوب التفكير ، أو فى شكل مخاوف وأفكار وأفعال قهرية ، أو فى شكل أوهام أو تدهور .

١ ـ أسلوب التفكير : يبدو إضطراب التفكير لدى بعض المرضى فى سرعة

توارد الخواطر وعدم القدرة على ملاحظتها والتعبير عنهـــا لغويا . لذا يكون من الصعب التفاهم معهم لاضطرارهم تحت سرعة توارد الخواطر إلى حذف جمـل أو كلمات . فيبدو الكلام غير منطقى وحلقاته غير متصله . ويلاحظ هـــذا فى المرضى بالذهان الدورى فى حالة الهوس .

ويحدث العكس فى حالة الاكتئاب ، إذ يكون التفكير بطيئـا . وقد يستمر خاطر واحد فى ذهن المريض فترة طويلة يعبر عنه ببطء شديد . وتمر بين الكلمات المحددة التى ينطق بها فترات طويلة من الصمت لعبء الاكتئاب الذى يرزح تحته.

ومن مظاهر الاضطراب فى التفكير الرمزية ، أى التحدث بالرموز واستعمال الامثلة والعبر . وإن كان التعبير عنها يتم فى جمل تامة غير أنها لا تكون مترابطة وتعبر عن معان خاصة لدى المريض لا يحاول شرحها وإيضاحها للمستمع .

ب ـ الافكار والافعال القهرية : ومنها المخاوف المرضية الشديدة . وهى من الاعراض التى تصاحب القلق عادة . وقد يكون سببها مواقف أو أشياء أو أفراد فيها عناصر تدعو إلى الخوف غير أن الشخص العادى يتقبلهـا دون فزع ودون أن يحس فيها بخطورة كبيرة كالشخص الذى تفزعه محاولة عبور الطريق مثلا ، أو الشخص الذى تستحوذ عليه فكرة أنه سوف يصاب أو أنه مصاب بمرض معد . وتكون المخاوف ثانوية بالنسبة للقلق . وتنتقل من شىء لآخر . وقـــد تكون مجرد شعور عام . وكثير من المرضى يعبرون عن هذا الشعور ويتصرفون كما لو كانوا فى حالة فزع دائم طيلة الوقت .

وقد تبدو الافكار القهرية فى شكل شكوك كمن يظن دائما أنه لم يغلق باب منزله أو أنبوبة البوتاجاز ويضطر للعودة إلى المنزل عدة مرات للتأكد من ذلك . كما قد تبدو فى شكل رغبات ، كمن يشعر برغبة فى القفز من نافذة المنزل وما إلى ذلك.

وأحسن مثل للأفعال القهرية سلوك من يجد نفسه مضطراً لغسل يديه مراراً وتكراراً ، أو عد أعمدة التغراف ، أو سلالم المنزل .

حـ ـ الأوهام delusions : الوهم إعتقاد يقوم على أساس مرضى ، ولا يتفق الإعتقاد والواقع ولا يتقبل المريض مساسة بأى نقد . وهو فى هذا يختلف عن الأفكار القهرية الحواذية فى أن المريض الذى يعانى من الأفكار الحواذيه ينتقدها بنفسه وأن الشخص السليم كثيراً ما يقع تحت تأثير وهم خاطئ مخير أنه يمكن إقناعه بخطئه . أما الوهم المرضى فلا يمكن زحزحة المريض عنه مهما بذلت الجهود التدليل له على خطئه . والأوهام من هذا النوع دلالة قاطعة على المرض العقلى . وهى عرض مشترك بين كثير من الامراض .

وتتخــذ الأوهام والهواجس أشكالا مختلفة فمنها وهم الإضطهاد إذ يشعر المرضى الذين يعانون منه بأن هناك من يتجسس عليهم أو يحاول دس السم لهم ، أو يستخدم الأجهزة الالكترونية والاشعة لتحطيم أو الحاق المرض والاذى بهم . وهناك من تتركز أوهامه حوله الشعور بمرض جسمانى معين . وتتنوع شكاوى هؤلاء ويبالغون فيها . ويعانى بعض المرضى من وهم العظمة ويرون فى أنفسهم العبقرية أو الثراء أو العلم ... الخ . وتضم جدران المستشفيات من يعيشون بالاعتقاد بأنهم قادة عسكريون ونابليون وهتلر .. الخ وهناك من يتسلط عليهم وهم الشعور بالذنب للأضرار التى ألحقوها بأولادهم أو أسرهم وأنهم يستحقون العقاب . وهؤلاء تكون نزعاتهم الانتحارية قوية وقد يحاولون الانتحار .

فى اللغة توهم الامر تخيله وتمثله وظنه ، والوهم جمعه أوهام : ما يقع فى القلب من الخاطر ويقول صاحب المنجد أن العامة تستعمل الوهم للاحتساب والخوف .

قام ناندى (١٩٥٩) بدراسة وهم الاضطهاد فى مجموعة من المرضى تتكون من ١٥٤ مريضا بالفصام ، و ١٦ بذهان الاضطهاد ، و ٣٥ بالذهان الدورى ، و ٥ بذهان الشلل العام. تمت ملاحظة هذه الحالات أثناء دخولها المستشفى ولمدة تتراوح ما بين ثلاثة أشهر وخمس سنوات وكانت المجموعة تتكون من ١٤٠ من الذكور و ٦٠ من الإناث بعمر يتراوح مداه ما بين ١٦ سنة إلى ٦٠ سنة .

ثبت من الدراسة أن وهم الاضطهـــاد فى المجموعة يدور حول التعبير عن الاعتقاد بوجود بشر أو أشياء غير حية أو موضوعات وهمية تحاول إيقاع الأذى بالمريض ، والأذى المتوقع كان فى العادة فى شكل وشاية أو تعذيب أو حرمان من الحياة أو من جزء من الجسم أو من النفس أو من شخص محبوب ، واستخدام التنويم المغناطيسى أو السحر أو السم أو المرض أو التلويث بالجراثيم ووهم الاضطهاد وهو أكثر أنواع الأوهام تواتراً . ولا يتفق الوهم مع الواقع ولا يتفق فيه المريض مع غيره ممن لهم نفس الخبرات ، كما لا يتفق مع المنطق غير أن المريض يعتقد فيه بنسبة ١٠٠ ٪ .

وقد درس واركنتين وزملاءه Warkentin etal (١٩٥٩) الأصول الإجتماعية للأوهام وانتهوا إلى أن الأوهام تنبع من الاضطراب الانفعالى الذى عانى منه المريض والذى يؤدى إلى عمليات تعويضية إنفعالياً وفكريا هذا بالإضافة إلى أنها تتقرر بالموقف الإجتماعى الحالى للمريض . والتشويش فى الأوهام فى العمليات الفكرية طريقة يسعى فيها المريض إلى العلاج كما أنها تحدد فى نفس الوقت المجالات فى حياته التى تسبب الانزعاج .

أما بافلوف فيرى أن الاوهام تنبـــع من أساسين من الاسس الفسيولوجية المرضية ، إما من بؤر للاستثارة ساكنة أو من مرحلة ما فوق التناقض . ففى حالة

البؤرة الساكنة فإنه يتكون حولها نوع من الكف طبقا لقانون الاستدلال السلبي وقد يكون هذا الكف قويا إلى الحد الذي يقطع فيه الارتباطات بين مركز الاستثارة وبقية القشرة المخية . لهذا يختفي النقد تماما في وجود الوهم أي أن المريض لايستخدم خبراته والحقائق التي لديه لتقويم وهمه .

وهناك بعض الأوهام ترتبط بالمرحلة ما فوق التناقض مثل وهم الشعور بالذنب، فأي فكرة تتعلق بالخروج على القانون كان قد حدث لها كف في حياة المريض ، فإن المريض يبدأ في الاعتقاد بأنه مجرم في مرحلة ما فوق التناقض .

د ـ البلادة الفكرية : dementia . وهي من أعراض بعض الأمراض . ويقصد بها عجز المريض عن القيام بأبسط العمليات العقلية التي تكون عادة في حدود قدرته مثل القيام بعملية جمع بسيطة . وقد يصحب ذلك فقدان الذاكرة والتشكك فيما قد يتذكره الفرد وفي مدى صحته . والبلادة الفكرية من أعراض الأمراض الناتجة عن وجود تلف في المخ كما أنها من أعراض الفصام . وقد تؤدي البلادة الفكرية بالمريض إلى القيام بأعمال خطرة ولا يحس بخطورة عمله كمن يشعل النار في منزله لطرد الناموس .

٤ ـ الاضطرابات الوجدانية

تمتلىء حياة الفرد بالانفعالات المختلفة ، فمن فرح ونشوة وضحك وسرور إلى أحزان وأتراح ، وبكاء وضيق ، ومن أمن وحب إلى رهبة وخوف وغضب وكراهية وما إلى ذلك . وتفيض اللغة بالمصطلحات التي تعبر عن الحالات الوجدانية والانفعالية وقديما فرق العلماء بين الحالات المعتدلة منها والحالات الحادة ، فأطلقوا على الأولى « الحالات الوجدانية » ، وعلى الثانية « الحالات الانفعالية » . والاساس في هذه التفرقة هو إختلاف في الدرجة لا في النوع .

فالشعور العام باللذة والراحة والسرور تدخل ضمن الحالات الوجدانية بينما تدخل السعاده الغامرة والحزن العميق والفزع ضمن الحالات الانفعالية .

والانفعال حالة توتر فى الكائن الحى تصحبها تغيرات فسيولوجية داخلية ومظاهر جسمانية خارجية غالبا ما تعبر عن نوع هذا الانفعال . وللانفعالات صلة كبيرة بالجهاز العصبى والمخ . فالمعروف أن هناك صلة بين الانفعالات والجزء من المخ المسمى بالهيبوثالاماس من ناحية التعبير عنها وتنظيمها . ومن الثابت حاليا أن كلا من القشرة المخية cortex وما تحت القشرة subcortex يسهمان فى التعبير عن الانفعالات . فالانفعالات البدائية التى توجد فى الإنسان منذ الولادة ترتبط بما تحت القشرة وبمرور الوقت تنشأ انفعالات معقدة على أساس الانفعالات البدائية تسهم فيها القشرة . لهـــذا يقال أن كلا من القشرة وما تحت القشرة له نصيب فى الانفعالات . ومن المعروف أيضا أن الجهازين السمبثاوى sympathetic والباراسمبثاوى parasympathetic يكونان معــا الجهاز العصبى الاوتونومى autonomic nervous system . وإلى القسم (الباراسمبثاوى) تعزى الراحة والتهدئة ، بينما وظيفة السمبثاوى الاستثارة . فنبضات القلب مثلا يمكن زيادتها باستثارة الجهاز السمبثاوى ويمكن خفضها باستثارة الجهاز الباراسمبثاوى .

وتظهر فى كثير من الامراض العقلية أعراض انفعالية متعددة نذكر منها :

القلق : anxiety . ويختلف القلق المرضى فى حدته عن القلق الذى يعترى الفرد عادة فى حياته اليومية عند إقدامه على عمل من الاعمال أو لتفكيره فى مسألة هامة تشغله إذ يزول هذا النوع من القلق بمجرد زوال أسبابه التى يسعى الإنسان عادة لإزالتهـــا . أما القلق المرضى فهو خوف وفزع لا يعرف المريض سببه ويجتاح الفرد فجأة فيزعزع كيانه دون أدنى سبب شعورى ويعجز الفرد عن

السيطرة عليه إلا أنه من الشكاوى العامة التى يسمعها المعالج من معظم المرضى فهو من الأمراض التى تصاحب الأعراض الأخرى للأمراض .

الاكتئاب : depression . ويكون فى شكل موجة من الحزن العميق التى تجتاح الفرد فيفقد معها لذة الحياة ويرى أنها لا معنى لها، ولا هدف له فيها ولا يعرف الفرد سببا لهذا الانقباض الذى يكون كالعبء الثقيل عليه، فإذا ما انزاحت غمته، شعر الفرد وكأنه ألقى عن كاهله عبء ثقل كبير. وكثيرا ما يعبر بعض المرضى عن وجود كثير من العوامل فى حياتهم كان ينبغى أن تشعرهم بالسعادة ولكنهم عاجزون عن التمتع بها أو حتى عن الرغبة فى الاستمتاع بها .

التجلى Euphoria : ويبدو فيها المريض غاية فى السعادة مع الآمال العريضة والنظرة الباسمة للمستقبل . وتصحب حالة الهوس mania فى الذهان الدورى مع النشاط الزائد والميل إلى الاعتداء .

البلاد العاطفية : وتكون هذه الظاهرة عادة فى شكل جمود عاطفى نحو ما يجب أن يستثير العاطفة . إذ تموت عاطفة المريض نحو الأفراد والأحداث ويتجه بعاطفته نحو الأفكار فأفكاره لديه أهم من أى شىء آخر فى العالم الخارجى. ولا تصبح الانفعالات مناسبة للموقف . فقد يبكى أو يضحك دون سبب ظاهر . ولا يعير اهتماما لما قد يمس أقرب الناس إليه .

الفزع : تعترى بعض المرضى حالات من الخوف الشديد ، وتظهر عليهم كل أمراض الخوف من إصفرار الوجه واتساع حدقة العين وارتفاع النبض وسرعة التنفس، ويشعرون بخطر محدق بهم دون وجود ما يستدعى كل ذلك . وفى بعض الأحيان يكون مصدر الخطر موجودا ومحددا . وقد يحاول المريض الهرب أو يتجمد فى مكانه .

٥ ـ اضطرابات الارادة

تتضمن الارادة ثلاثة عناصر أساسية هي: الدافعية ، واتخاذ القرار ،والفعل الارادى . ويقصد بالدافعية كل العوامل التى يدركها الفرد أو يخبرها كأسباب للقيام بعمل معين وبعض هذه العوامل قد يكون شعوريا أوشبه شعورى أوماتحت الشعور . على أى حال تؤدى هذه العوامل إلى اتخاذ قرار وبالتالى إلى القيام بالفعل الارادى . ويقصد باتخاذ القرار تلك اللحظة التى تمر فى ذهن الفرد تبين عزمه على العمل . أما الفعل الارادى فهو ذلك النشاط الذى يتم بين لحظة اتخاذ القرار والهدف الذى يسعى اليه الفرد . وتبـــدو اضطرابات الاراده فى أى مرحلة من هذه المراحل الثلاث .

فاضطرابات الدافعية تبدو فى حالة مرضى الفصام من النوع الكتاتونى . اذ تجتاح الفرد رغبات متعارضة وحادة وغير منظمة تؤدى إلى ظهور بعض التغييرات على وجهه وبعض الاشارات بيديه غير ان تعارضها يحول دون إتخاذ قرار أو ظهور أى نشاط إرادى وإذا ماانفجر فى نشاط معين فإن سلوكه يكون مضطربا وغير مفهوم .

أما اتخاذ القرارات فمن المعروف أنه يصعب على الشخص العادى فى كثير من الأحيان اتخاذ قرار إذا كان مريضـــا أو مجهدا أو مضطربا . ويلاحظ أن المرضى بالنيوروستانيا يعانون صعوبة فى إتخاذ القرارات . والمريض بهذا المرض يشعر بالاجهاد والتعب والتردد وفقدان القدرة على تركيز الانتباه ، ويحاول تعويض عجزه ببذل الجهد مما يزيد من إجهاده وتوتره . ولما كانت طاقته على بذلك الجهد محدودة فإنه يتحول إلى شخص سريع الاستثارة ومندفع فى القرارات التى يتحتم عليه اتخاذها . ويؤدى شعوره بعدم الثقة فى نفسه إلى محاولة تجنب المواقف التى يتحتم عليه فيها إتخاذ قرارات مما يزيد من شعوره بالضعف والحقارة .

ونشعر عادة بعدم القدرة على إتخاذ قرارات في حالات الحزن والاكتئاب لذا نجد المرضى بالاكتئاب يعانون من ذلك . فمجرد قيامهم بالنشاط اليومى المعتاد والمفروض فيه أن يتم آليا كغسل الوجه وتغيير الملابس يسببلهم العناء. وعلى العكس من ذلك نجد المريض فى حالة الهوس يشعر بثقة تامة فى القرارات التى يتخذها ويضعها موضع التنفيذ ليتحول عنها إلى غيرها مادامت تسيره دوافعه الوقتيه والمتعارضة .

وتبدو اضطرابات الفعل الارادى فى انفجارات الهياج التى تعترى فئات من المرضى بالذهان بما فى ذلك المصابين بتلف فى المخ . فى حالة الهياج يقومون بنشاط يبدو أنه متناسق وموجه توجيها ذاتيا ولا يستطيعون الحيدة عن هدفهم، كما لا يستطيع أحد ثنيهم عنه وإلا تعرض للأذى .

ومن إضطرابات الارادة عموما العجز عن حث بعض المرضى للقيام بأى عمل إرادى كما هو الحال مع المرضى بالفصام أو المرضى بأمراض عضوية ، وكذلك استمرار بعض المرضى قهريا بالقيام بأعمال أو تكرار ألفاظ أو أفكار لاتناسب الموقف .

الباب الرابع

العصاب النفسي

الفصل السابع

الامراض العصابية النفسية

Psychoneuroses

يخطىء البعض فيسمى هذه الأمراض بالأمراض العصبية ، ويرجع الأصل فى ذلك إلى الإعتقاد الذى كان سائداً بأن سبب هذه الأمراض يعود إلى اضطراب الأعصاب ، فلما أثبتت الدراسات خطأ هذا الزعم فى كثير من الأحيان ، أضيف إلى مصطلح « الأمراض العصبيـــة » لفظ « النفسية » فأصبحت تسمى « العصابية النفسية » psychoneuroses .

والأمراض العصابية النفسية ليس لها من أسباب عضوية جسمانية تؤدى إليها إنما هى أمراض وظيفية .

وأهم هذه الأمراض القلق ، والهستيريا ، والنيوروستانيا ، والحالات الاستحواذية ، والرجع العصابى Reactive Neurosis .

وتشترك هذه الأمراض فيما بينها فى أعراض أهمها القلق ، والتوتر ، والانقباض والانشغال الزائد بالأمور الجنسية ، والآلام الجسمانية التى لا يوجد لهـــا أى أساس عضوى ، والأفكار والافعال الاستحواذية ، والخوف من الجنون ، والشعور بالضعف الجسمانى عامة .

إلا أنه يلاحظ أن كثيراً من الافراد العاديين يشكون من واحد أو أكثر من هذه الاعراض ، وهذا لا يعنى أنهم مرضى بمرض عصابى نفسى ؛ إذ أن أهم ما يفرق بين الشخص العادى الذى يشكو من بعض هذه الاعراض وبين المريض الحقيقى ، هو أن الاعراض التى تظهر على المريض أعراض مستمرة وحادة ومزمنة . فإذا أخذنا بالراى القائل بأن الاختلافات بين الفرد العادى والفرد

المريض بمرض عصابى نفسى هو إختلاف فى الدرجة لا فى النوع ، فمعنى هذا أن هناك درجات مختلفة تتفاوت فى حدتها . ويتفاوت جميع الناس فى درجة العصابية النفسية فيهم ، وقد أيد التحليل النفسى وجود النزعة العصابية النفسية فى كل فرد ، ولا تعتبر الحالة مرضا إلا إذا عجز الفرد عن القيام بمطالب الحياة اليومية على الوجه الاكمل .

ويظن البعض أن الامراض العصابية النفسية لا تختلف عن الجنون psyshoses إلا فى الدرجة فقط ، وما تلك الامراض إلا حالات مخففة منه ، إذ قد ينتهى المريض بها إلى الجنون . ولقد أثبت العلم الحديث خطأ هذا الزعم ، إذ أثبت أن الجنون يختلف عن الامراض العصابية النفسية فى أصله وتطوره ونتائجه . ويعود الخلط بينهما إلى الخطأ فى تشخيص الاعراض الذى كان يقع فيه بعض الاطباء ، فقد يشخص أحدهم بعض الاعراض على أنها لمرض عصابى نفسى بسبب عدم دراسته للحالة دراسة جيدة ، وينتهى الامر بالمريض إلى تدهور حالته وظهور أعراض مرض عقلى عليه ، فيظن المعالج أن الحالة قد تطورت من مرض عصابى إلى مرض عقلى ، والحقيقة هى أن الطبيب قد أخطأ أصلا فى *تشخيص المرض فى مراحله الاولى .*

وقد ذكرنا فى الفصل السابق أهم العوامل التى تساق للتفرقة بين العصاب النفسى والذهان وفيما يلى شرح لاهم هذه الامراض .

القلق Anxdety

يظهر القلق عادة كعرض فى كل حالات الامراض العصابية النفسية ، وتشبه أعراض القلق أعراض الخوف ، من زيادة فى نبضات القلب ، وسرعة التنفس وجفاف الحلق وما شابه ذلك . وبعض المخاوف العنيفة التى تستثير قلقا حادا

قد تحدث فى مواقف تافهة لا تستدعى إستثارة أى خوف أو قلق ، ولكن يبدو أن المواقف قد حلت محل مواقف أخرى تتميز المواقف الجديدةعنها فى أنها تعفى الفرد من المسئولية . فقد تستثير رؤية رجال البوليس خوفا حادا أو قلقا زائدا فى فرد ما دون ما أدنى سبب ظاهر ، إلا أن رجال البوليس يمثلون السلطة ويمثلون العقاب ، فالخوف منهم هنا قد يعود إلى أن الفرد قد مر بخبرة فى حياته كالسرقة مثلا هدد فيها بتسليمه للبوليس ، وانتهت هذه الخبرة ونسيها الفرد ، إلا أنها استمرت تؤثر عليه ، فيخاف من البوليس دون داع إلى ذلك . وقد يكون خوفه منهم راجعا إلى ما يرمز له رجال البوليس من سلطة ورقابة تشبه السلطة والرقابة التى كان يفرضها عليه ضميره ، وكانت تسبب له الصراع والشعوربالذنب لممارسته العادة السرية مثلا .

ويختلف القلق عن الخوف فى أن للخوف سبباً معروفا ومصادر محددة يمكن معرفتها . فالذى يخاف الثعابين عنده سبب معقول لخوفه . ويمكن التنبؤ بهذا الخوف . أما فى حالة القلق فهناك خوف ولكن لسبب مجهول بل قد لا يوجد ثمة سبب على الاطلاق .

وقد اختلفت الآراء فى تعليل أسباب القلق ، فمدرسة التحليل النفسى الفرويدية تربط بين القلق وخبرات الطفولة وخاصة عقدة الخصى Castratien complex (عقدة الخوف من فقدان العضو التناسلى) والشعور بالذنب الذى يحيط بالرغبات الجنسية . ويعزوه رانك Rank إلى عقدة الميلاد ، إذ فى رأيه أن عمليه الولادة عملية قاسية بالنسبة للطفل وفيها ينفصل الطفل عن أمه ويترك عالما كله أمن وطمأنينة ويدخل عالما مليئا بالضجة والضوضاء ، فتوضع بذور القلق أثناء عملية الولادة . والإتجاه التحليلى الجديد يرجع أسباب القلق إلى خبرات الطفولة فى

علاقة الطفل الإجتماعية بوالديه حين كان الطفل معتمداً كل الاعتماد على الكبار فى سد حاجاته ، وتعرض الطفل للحرمان والإهمال وفقدان الحب وغيرها من العوامل التى تستثير الشعور بفقدان الأمن الذى يخافه ، والقلق الحقيقى هو الخوف من فقدان الأمن. وقد أفضنا فى عرضنا لنظريات الفرويديين المحدثين فى تفسيرهم للقلق الأساسى ويكفى أن نذكر أن الطفل يتعرض فى مراحل نموه إلى كثير من المواقف والخبرات التى تستثير فيه الخوف ، وتغرس فيه بذور القلق . فالقيود التى تفرض عليه بحكم ضعفه وحاجته للغير تشعره بهذا الضعف وهذه الحاجة ، والنتيجة الحتمية هى شعوره بهذه القيود ، وشعوره بأنه ليس حراً فى نفسه ، وقد يكون هذا الشعور أكثر مما تحتمله ذاته فينمو الطفل مهدداً بالعقاب الذى قد تفرضه عليه هذه القيود إذا خرج عليها . والخوف من العقاب يستثير القلق الذى أصبح دافعاً لتحاشى هذا العقاب ، ويكون العقاب فى الخروج على تقاليد الجماعة وعرفها ، وقد يكون فى الشعور بالعزلة ، أو فى فقدان المال أو المركز أو فقدان الصحة ، وكل هذه الأمور خليقة بأن تستثير القلق كدافع ، والتوتر الناجم يدفع الفرد إلى إزالته بأن يكون سلوكه فى حدود تجنبه العقاب . والدين بإنذاره بالعقاب يعد من العوامل التى تستثير القلق ، فقد قامت الأديان كلها على التهديد والوعيد وتحكيم سلطة عليا ترقب الفرد فى تصرفاته ، فإن نجا الإنسان من عقاب المجتمع ، فلن ينجو من عقاب هذه السلطة العليا ، وهذا وحده مدعاة لاستثارة القلق . وكل موقف يستغل فيه التهديد بالعقاب، يكون الدافع الحقيقى للتصرف فيه هو القلق .

الهستيريا

سمى اليونان هذا المرض بمرض الرحم ، وسمى فى العصور الوسطى بمرض الشيطان ، وكثيراً ما اجتاحت الموجات الهستيرية أديرة برمتها بعدوى الايحاء .

ويتميز هـــذا المرض بالتلون ، إذ كثيراً ما يعطى كل الأعراض المرضية مما قد يؤدى إلى الخلط فى التشخيص .

ويتميز المصاب بالهستيريا بالطفلية فى سلوكه ، والأنانية ، وتجنب تحمل المسئولية ، وبالثرثرة ، كما أنه ممثل بارع يغالى فى التعبير عن إنفعالاته ، متقلب فيها ، شديد الحساسية ، يبكى ويضحك لأتفه الأسباب ، ويميل إلى اكتساب عطف الناس عليه ، كثير الشكوى ، يرغب فى أن يكون محور الإهتمام ومركز العناية ، كما أنه إجتماعى يحب الإختلاط ، ويسهل التأثير عليه بالايحاء مما يهيئه لإمتصاص إنفعالات من حوله بسرعة لشدة حساسيته ، فيبكى إذا بكى الآخرون ويضحك إذا ضحكوا ، إلا أن إنفعالاته مؤقته مما قد يدعو إلى التشكك فى إخلاصه ، فإن أحب فبعنف ، وإن كره فبحدة إلا أن عواطفه هذه لا إستمرار فيها ولا عمق ، إذ قد تنقلب فجأة من حالة إلى حالة ، لذا فالشخص الهستيرى لا يستطيع أن يحب كما لا يمكنه أن يكره . وقد يشكو المريض من آلام جسمانية متعددة تنتقل من عضو إلى عضو فى جسمه ، وقد تظهر أعراض شلل فى أحد أطرافه ، أو فقدان الحساسية فى جزء من أجزاء جسمه ، وقد يصاب بالعمى أو الصمم أو القىء ، وما إلى ذلك من الأعراض دون أن يكون لأى منها أى أساس جسمانى . وتتميز هذه الاعراض بفقدان العضو المصاب للقدرة الوظيفية التى كان يؤديها للفرد ، وتسمى هذه بالهستيريا التحولية .

ويشخص الطبيب المعالج مرض الهستيريا فى حالة ظهور الاعراض الجسمانية بالفحص الجسمانى العام ، واختبار الافعال المنعكسة للمريض ، فإذا ما إستبعد احتمال الاسباب الجسمانية بحث فى الموقف الذى بدأ فيه ظهور المرض ، إذ يؤدى هذا فى كثير من الاحيان إلى إثبات عجز المريض عن مجابهة موقف شاق عسير عليه ،

كالفتاة التى تتزوج وهى كارهة ، فتصاب بالشلل أو العمى فى اليوم المحـــدد لزفافها ، والشاب الذى يعتريه ألم فى معدته وقىء يوم الإمتحان فيستحيل عليه الذهاب لتأديته .

ويفسر ظهور العرض فى العضو المعين بأحد تفسيرات ثلاثة :

أولها : حالة هذا العضو السابقة ، إذ قد يكون العضو نفسه ضعيفا أصلا ، فيهىء هذا الضعف المجال لظهور العرض فيه . كالشخص الذى تعرض لامراض فى العين ، فيظهر العرض الهستيرى عنده فى شكل إصابة بالعمى .

وثانيها : الوظيفة التى أداها العضو المصاب فى مواقف سابقة حقيقية فى حياة الفرد فإذا كان الفرد قد مر بخبرة مخيفة أفزعته ـ ومن أعراض الخوف الشعور بضيق فى التنفس ـ فإن مجرد استثارة الخوف عنده بعد ذلك لعامل شعورى أو لاشعورى ، يؤدى إلى الشعور بأزمة من أزمات التنفس التى تشبه فى حالتها حالة ضيق التنفس أثناء الخوف الذى مر به فى الموقف السابق .

وثالثها : قيمة العضو الرمزية ، فالشاب الذى يقاسى من صراع وشعور بالذنب لممارسة العادة السرية ، قد يشعر بشلل فى يده أو ذراعه كله بحكم أنه استخدم ذلك العضو كآلة مساعدة فى أداء هذه العملية .

ومما يجب أن نؤكده أن هذه الأعراض ليست أعراضا مصطنعة ، إذ لا إدعاء فيها ولا تزييف من ناحية المريض ، فهى حقيقية بالنسبة له ويشعر معها بالألم فعلا

ومن بعض حالات الهستيريا ، حالات انقسام الشخصية ، بمعنى وجود شخصيتين أو أكثر فى نفس الفرد ، لكل منهما ذاتها المستقلة المتكاملة وحياتها التى لا تدرى عنها الشخصيات الأخرى أى شىء ، أو تتبادل هذه الشخصيات الأدوار فى حياة الفرد ، وهذه من الحالات النادرة ، ومن أمثلتها قصة دكتور جيكل ومستر هايد .

وقصة « سيدة الأقمار السبعة » . وقد تشكك الكثيرون فى صحة هذه الحالات ، ويرى بعضهم أن الشخصيات المختلفة قد توجد فى الشخص بإيحاء من المعالج لأن الشخص الهستيرى يسهل الإيحاء إليه عادة .

ومن حالات الهستيريا أيضا حالات فقدان الذاكرة Amnesia وغيرها من حالات الغيبوبة ، وتضطرب الحياة العقلية الشعورية فى هذه الحالات عادة ، فينفصل جزء منها ويسيطر على الفرد فى شكل فكرة أو عدة أفكار تبعد بقية حياته العقلية الأخرى ، فينساها وينسى معها إسمه وإسم عائلته ومكان إقامته ، ويتصرف بشكل آلى مع شعوره بأنه قد فقد شيئا ، فيحاول البحث عنه ، فإذا كانت هذه الحالة مصحوبة بالرغبة فى الهرب ، فقد يعثر على هذا الفرد متجولا بعيداً عن محل إقامته دون هدف ويطلق على مثل هذه الحالات التجول الهستيرى Hysterical Fugue .

ويجب علينا أن نميز بين ردود الأفعال الهستيرية وبين الشخصية الهستيرية ، فكل فرد عرضة لأن يستجيب بشكل هستيرى فى مواقف معينة ، ويختلف هذا عن الشخصية الهستيرية فى أن نمط سلوكها كله يتميز بالمميزات السابقة التى تطبع تاريخ حياتها .

كان « شاركو Charcot » أول من درس الحالات العصابية النفسية فى عدد كبير من الأفراد فى أواخر القرن التاسع عشر ، وهو الذى بين أن الأعراض الهستيرية يمكن إيجادها وإزالتها بالإيحاء ، وفى رأيه أن الهستيريا تعود فى أسبابها إلى ضعف فى الجهاز العصبى ، وهذا الضعف يهيء الفرد لاكتساب الأعراض الهستيرية بالإيحاء ولم ير أن الأسباب النفسية أسباب أساسية فى هذا المرض .

ويرجع الفضل إلى «جانيت» Janet حوالى هذا الوقت أيضا فى إظهار الأسباب

النفسية لهذا المرض . ففي رأيه أن الهستيريا ماهو إلا ردود أفعال خاطئة مكتسبة وتعود الأعراض الأساسية فيها إلى تغلب اللاشعور على الشعور، وذلك بانفصال بعض عناصر المجـــال الشعوري كفكرة أو إنفعال أو نمط من الحركات عنه وإستقلالها عن بقية شخصية الفرد ، وعجز الفرد عن السيطرة عليها ، فتؤدي هذه العناصر المستقلة إلى ظهور الأعراض المختلفة في شكل حاد لإثبات إستقلالها.
وتفسير جانيت للهستيريا تفسير سيكاوجي ، إلا أنه كان يعتقد أن العوامل الجسمانية كالتعب والإنفعالات العنيفة ، ومظاهر التغير المختلفة في المراهقة ، تؤدي إلى التأثير في الجهاز العصبي ، والتقليل من قدرته على المقاومة ، فيؤدي هذا إلى تهيئة الإستعداد للمرض .

وكان فرويد أحد الذين ساعدوا على دراسة هذا المرض ، ففي رأيه أن كل عرض من أعراض الهستيريا إنما يرمز إلى رغبه جنسية مكبوتة ، وتكبت هذه الرغبات لإن المجتمع يحرم تحقيقها ، فتظهر الرغبة المكبوتة مصاحبة لإنفعال أو فكرة أو إستجابة يتقبلها المجتمع فيتحول الصراع العقلي إلى عرض جسماني .

وتفسر الهستيريا طبقا للتفسير البافلوفي على أساس ضعف القشرة المخية وبالتالي ضعف جهاز الإشارة الثاني مما يؤدي إلى سيطرة جهاز الإشارة الأول . فضعف القشرة المخية عموما يؤدي إلى سيادة طبقات ماتحت القشرة التي تعتبر مسئولة عن الصورة الإكلينيكية التي يعطيها مرض الهستيريا لأن طبقات ماتحت القشرة تحتوي على مراكز الأفعال المنعكسة غير الشرطية التي تعتبر غريزية في معظمها والتي تحول القشرة إذا كانت قوية دون ظهورها .

وتعزى معظم الاضطرابات الجسمانية في الهستيريا إلى الكف الذي يتكون في خلايا القشرة ، إذ تؤدي الأفكار والمنبهات الخارجية إذا كانت قوية إلى

كف هذه الخلايا ، والنتيجة ظهور أعراض كالشلل والصمم والعمى .

ولما كان الشبه كبيراً بين الخلق الهستيرى وسلوك الطفل فذلك لأن الطفل لم تتطور لديه بعد القشرة المخية إلى مستوى النضج وتلعب طبقات ما تحت القشرة دوراً هاما فى سلوكه . وفى الهستيريا تتخلص طبقات ماتحت القشرة من أثر القشرة الضعيفة ، لهذا يتسم السلوك الهستيرى بالانفعالية . وتصطبغ معظم أفكار المريض بانفعالاته .

ولما كان الهستيرى يلفق كثيراً من القصص التى ينسجها خياله ويكرر هذه القصص حتى تصبح واقعا بالنسبة له ، فإن هــذا يعزى إلى الكف الخارجى (التوالد السلبى) إذ تحاط بؤر الإستثارة بمناطق كف قوية تحول دون وصول المنبهات الخارجية إليها .

ويقوم علاج الهستيريا على الإيحاء والشرح والتنويم المغناطيسى. وقد استعمل فرويد التنويم المغناطيسى ، فلما ثبت عدم نجاحه تحول إلى التحليل النفسى مما سنتعرض له بالشرح فى فصل قادم . وليس مجرد الايحاء أو الشرح بكاف لشفاء المريض ، إذ كثيراً ماتختفى الأعراض بهذه الوسيلة ، وبعد مدة تظهر على المريض أعراض أخرى فى شكل آخر والشخص الهستيرى إذا وجد عملا يستغل فيه طاقته ونشاطه الزائد وتهيأت له سبل النجاح فيما يعمل فإن هذا يعوضه عن شعوره بالنقص ويرد اليه ثقته بنفسه ويصرفه عن تركيز إهتمامه وتفكيره حول نفسه مما يساعد كثيراً فى علاجه .

ولما كانت ردود الأفعال الهستيرية متعلمة وطفلية يستخدمها الهستيرى لاشعوريا لتحقيق رغباته ، فالعلاج فى أساسه عملية إعادة تعليم وإعاده تربية كما ينادى ماير وأتباعه .

ويجدر بي أن أشير هنا إلى حفلات الزار التى تتبع فى مصر كطريقة للعلاج. فمعظم حالات « الزار » حالات هستيرية ، ولاشك أن تفسير فرويد لهذا المرض ينطبق على كثير منها . فثقافتنا بما تفرضه على التعبير عن الدافع الجنسى من قيود تعمل على كبت هذا الدافع ، فتظهر الرغبات المكبوتة فى شكل أعراض مرضية تشفيها حفلات « الزار » التى تتحرر فيها المرأة من كثير من القيود ، فتقفز وترقص وتتزين وتكشف عن نفسها كيف شاءت ، إلى جانب الاهتمام الزائد الذى تكسبه من أسرتها أو من زوجها فى حالة مرضها ، والنفقات التى يتكبدها الزوج أو الأسرة عقابا لهم على القيود التى يحيطونها بها أو لعدم إشباع الزوج لرغباتها . وقد يفيد الزار فى حالات كثيرة ، إلا أن فائدته مؤقتة مما يؤدى إلى تكرار حفلاته فى فترات متفاوتة فيقضى على الأعراض ولكنه لا يقضى على المرض .

وقد حاول سيمبى Ciempi حديثا (١٩٦٦) فى سويسرا تتبع أفراد مجموعة تتكون من ٣٨ من المرضى بالهستيريا (٢٩ من الإناث و ٩ من الذكور) وكان السن فى المجموعة يتراوح مابين ١٥ ، ٦٤ سنة حين دخول أفرادها المستشفى لأول مرة بتشخيص الهستيريا . أعيد الفحص بعد حوالى ٣٣ سنة فى المتوسط من تاريخ الايداع بالمستشفى لبيان ما آل اليه أمر هؤلاء الأفراد فتبين ما يلى : ـ

١ ـ تختفى أعراض الهستيريا التحولية بالسن فى معظم الحالات .

٢ ـ تحل محل هذه الأعراض بعض المشكلات الانفعالية وتكون فى العادة فى شكل اكتئاب ، وقلق وأعراض جسمانية ، والشكوى الدائمة من المرض .

٣ ـ تبين أن سمات « الشخصية الهستيرية » لا تتعدل إلا قليلا بالسن .

٤ ـ كما وجد أن الهستيريين المسنين لا يتقبلون عادة حقيقة تقدمهم فى السن أو اقترابهم من الموت ، ويستخدمون بحرية عمليات الانكار والكبت .

٥ - كثيراً ما يؤدى التوافق الاجتماعى ، وأحيانا الصحة الجسمانية إلى الصحة النفسية .

٦ - يعزى التحسن فى حالة الكثيرين إلى تدعيم الأنا وضعف القوى الغريزية أو التوافق الذى وجده فى وجود علاقة مشبعة.

العصاب القهرى (الحواذى)

Obsessive- compulsive neuroses

تتميز الحالات القهرية بأنها تسيطر على الفرد وتستحوذ عليه فى شكل فكرة أو خاطر يعجز الفرد عن التخلص منه كذلك الذى تساوره رغبة فى قتل أبيه فيحاول التخلص من هذه الرغبه إلا أنها تجد سبيلها دائما إلى فكره ، وهـــذه تسمى بالأفكار القهرية أو الحواذية Obsessions . وقد يسيطر على الفرد عمل من الأعمال لا يرى مفرا من القيام به برغم إدراكه لعـــدم جدواه وسفاهته ، كالشخص الذى يجد نفسه مرغما على أن يغسل يديه كل خمس دقائق ، ولا يطمئن باله حتى يقوم بهذا العمل . Compulsions

ومن الحواذيين من يتملكهم التردد والشك الدائم فى قدراتهم . ويقضون الساعات فى محاولة إتخاذ قرار فى مشاكل تافهةويعجزون عن البت فيها ، فهؤلاء تعوزهم الثقة بالنفس ويصيبهم الفزع والقلق والشعور بالضعة كلماصادفتهم مشكلة.

وبدراسة نزلاء المستشفيات فى أمريكا وجد إنجرام Ingram (١٩٦١) أن نسبة المرضى بالحواذ تصل إلى ٥١ ٪ ، ونسبة الانجاب بينهم إلى ١,١ ٪ . ويأتى هؤلاء المرضى عادةمن مستويات إجتماعيةأعلى من المستويات التى تأتى منها فئات العصاب الأخرى كما أنهم أعلى ذكاء . وظهرت أعراض المرض فى الطفولة فى حوالى ٣١ ٪ من النزلاء . كما ذكر أن الشفاء التلقائى ليس أمراً مألوفاً وإن كان التحسن

أمراً مألوفا ، ولا يحدث العجز التام إلى فى قليل من الحالات .

وقام كرنجلن Kringlen (١٩٦٥) فى النرويج بتتبع نزلاء المستشفى من الحواذيين فى الفترة ما بين ١٩٤٢ - ١٩٤٩ . وظلت عملية التتبع لفترة ما بين ١٣ سنة ، و ٢٠ سنة بالزيارة والفحص الطبى الدورى فوجد أن السمات الحواذية توجد عادة فى أسر حواذية تتسم بالشدة والتعسف البيوريتانى فى تنشئة الاطفال ، والاصرار على النظافة والطاعة ، وقد بدأ المرض عند حوالى نصف عدد المجموعة قبل سن العشرين . وكان متوسط العمر عند الايداع فى المستشفى ٣٤ سنة للرجال و ٣٦ سنة للنساء . وقد تبين فى التتبع أن ستة قد ماتوا من بينهم حالة واحدة كان سبب الموت هو الانتحار ، بينما تحسنت حالة حوالى ٢٥ ٪ من أفراد العينة ، وتحول الحواذ عند ستة أفراد إلى ذهان ، أما البقية فلم تتغير حالتها .

وقام جريمشو Grimahaw (١٩٦٥) فى انجلترا بتتبع المرضى بالحواذ الذين وردوا إلى المستشفى فى منشستر فى المدة ما بين ١٩٤٥ - ١٩٥٩ لفترة تتراوح فى المتوسط بحوالى خمس سنوات . وقد تبين أن الأعراض قد تحسنت فى حوالى ٦٤ ٪ من الحالات ، ويمكن القول أن نسبة تصل إلى حوالى ٧٧ ٪ قد بلغت حداً مقبولا من التكيف الاجتماعى .

ويذكر إهر نوالد (١٩٦٠) Ehrenuald أن أنماط السلوك الحواذى قد تنتشر بين أفراد الأسرة وفى المجتمع عن طريق العدوى أى اشتراك عدد من الأفراد فى سمات أو إتجاهات مرضية غير مقبولة . فبدراسته لأربعة أجيال لأسرة مريضة بالحواذ يرى أن العدوى النفسية قد تؤدى إلى نشأة أعراض مماثلة أو غير مماثلة .

ويجمع المحللون النفسيون على أن البيئة التى ينشأ فيها المريض بالحواذ تكون

عادة متزمتة ، يتصف فيها الأبوان بالتسلط والتمسك بالمعايير الخلقية الجامدة والسلوك الناهي عن الانحراف. ويرون أن النكوص إلى المرحلة الشرجية السادية هو الأساس فى تكوين العصاب القهرى . والأعراض الحواذية ما هى إلى صورة حادة لسمات الشخصية الشرجية التى تتصف بحب النظـــام والنظافة والعند والبخل والجمود .

ويفسر العصاب القهرى فى نظرية بافلوف عن أساس وجود خلل فى العلاقة بين جهازى الاشارة الأول والثانى مع سيطرة جهاز الاشارة الثانى وبالتـــالى إضطراب العلاقة بين القشرة المخية وطبقات ما تحت القشرة . ومن العوامل المرضية المساعدة الاجهاد العصبى للعمليات العصبية فى المواقف الصعبة وكذلك الأمراض الجسمية .

النيوروستانيا

Neurosthenia

كانت النيوروستانيا تطلق قديما على كل الحالات العصابية النفسية التى تصاحبها أعراض جسمانية ثم أصبحت تطلق على الحالات التى تبدو فيها على الفرد أعراض تشبه الإجهاد العقلى والجسمانى ، فيبدو المريض شاحب الوجه مجهداً عاجزاً عن القيام بأى مجهود جسمانى أو عقلى ، وإذا أرغم على ذلك تصبب عرقا وتخاذلت قواه . ويشعر المريض بالنيورستانيا بالتوتر ويعجز عن الاسترخاء ويستحيل عليه النوم ، وإذا نام لا يشعر بعمق النوم ويستيقظ فى الصباح مجهداً .

وكان فرويد يعتقد فى يوم من الأيام أن أعراض النيورستانيا تنتج من الإفراط فى العادة السرية ثم عدل عن ذلك وأعطى الأرجحية لعدم الوصول إلى الإشباع الجنسى فى العادة نتيجة للقلق والشعور بالذنب الذى يصاحب الناحية الجنسية عادة

وتتنوع الاعراض الجسمانية فى النيورستانيا تنوعا كبيراً تبعاً للتكوين الجسمانى للفرد وتاريخ تطور شخصيته . وتبدو فى الصورة إما أعراض تقلصية كتعبير عن محاولات لايقاف التفريغ الانفعالى مثل التشنجات العضلية والامساك والصداع أو انفجارات لا إرادية للتفريغ مثل الاسهال والعرق والرعشة والشعور بعدم الراحة .

ويتم إنتقال تدريجى من أعراض النيورستانيا إلى ما يسمى بالعصاب العضوى organ neurosis حيث تصبح الاعراض نوعيـــة ومخصصة . ويقصد بالعصـاب العضوى الاضطرابات النفسجسمية والتى يمكن تمييز أربـــعة أنواع منها : ـ

١ ـ الاضطرابات الجسمانية التى ترمز لحالات إنفعالية وتعتبر بديلة لها . إذ كثيراً ما تتم التعبيرات الجسمانية المصاحبة لانفعالات معينة دون أن يخبر الفرد الانفعال نفسة ودون أن يدرك المعنى الانفعالى للتعبيرات الجسمانية التى تطرأ عليه . فقد يحدث على سبيل المثال أن يحل محل الهياج الجنسى إحساسات أو إضطرابات فى الأمعاء أو الدورة الدموية أو الجهـاز التنفسى وتبدو مثل هـذه الإضطرابات مجردة من مضمونها الجنسى وهى فى الواقع بديلة للأنفعال الحقيق.

٢ ـ الاضطرابات الجسمانية الناتجة عن التغيرات الكيميائية فى الشخص الذى قمعت إندفاعاته وأحبطت ، فيظل مستوى التوتر عنده عاليا .

٣ ـ الاضطرابات الجسمانية الناتجة عن إتجاهات لا شعورية أو أنماط من السلوك أسبابها لا شعورية .

٤ ـ إضطرابات تنتج عن مزيج من الحالات الثلاث السابقة .

وقد تصبح النيوروستانيا مزمنة عند البعض ، ويعانى المندفعون والمدمنون ، ومن تنتابهم نوبات الإكتئاب من النيوروستانيا المزمنة .

ولما كانت الأعراض العصابية خاصة الجسمانية منها كثيراً ما تكون مؤلمة للفرد يعجز الفحص الطبي عن بيان أسبابها تدخل هذه الآلام تحت ما يسمى بعصاب المرض الوهمى **Hypochondriasis** .

وتفسر المدرسة البافلوفية النيوروستانيا على أساس ضعف عملية الكف الداخلى . فالمعروف أن عملية الكف تؤدى إلى إتزان عملية الاستثارة وتستعيد خلايا المخ نشاطها فى حالة الكف وحدها . ويعتمد النوم على عملية الكف الداخلى ولما كان الاضطراب يعترى هذه العملية فى النيوروستانيا يصبح النوم مضطربا عند المرضى بهذا المرض . فتقل كفاءة الخلايا العصبية ويعترى الاجهاد المريض بسهولة

ويضطرب إنتباه المريض لنفس السبب . فالفرد إذا ما حاول القيام بعملية معينة تتكون بؤرة للإستثارة فى القشرة المخية ويتكون حولها نطاق من الكف ويؤدى ضعف الكف إلى تكوين بؤر جديدة من الاستثارة ، ويؤدى تكوينها إلى أن يجذب إنتباه المرء أى منبه مهما كان ضعيفا .

وتعزو هذه المدرسة النيوروستانيا إلى الاجهاد الجسمانى والفكرى ، وعدم الراحة ، والضغوط الأنفعالية الطويله المستمرة وعدم كفاية النوم . وتعتمد فى العلاج على إعطاء الراحة التامة للمريض واستخدام المهدئات لتقوية عمليات الكف لاستعادة الخلايا العصبية لكفاءتها .

الرجع العصابى

Reactive neuroses

يطلق « الرجع العصابى » على الحالات التى ينهار فيها الفرد نتيجة لكارثة حقيقية ألمت به كفقدان الثروة ، أو الفشل فى الحب وما إلى ذلك . فتبدو عليه أعراض الإنهيار من قلق وعدم إستقرار وخوف وإكتئاب وبكاء مستمر وعجز عن القيام بمطالب الحياة اليومية وقد يخشى عليه من محاولة الانتحار . وتختلف حالات الإكتئاب هنا عن حالات الإكتئاب فى بعض أمراض الذهان إذ أن الإكتئاب العصابى يكون له سبب حقيقى فى حياة الفرد إلا أن إستجابة الفرد للموقف كانت إستجابة حادة ولولا إستعداد الفرد للإكتئاب وللعصاب النفسى لتغلب على الموقف ولجابة المشكلة بحل عملى . ويزول الرجع العصابى بزوال الموقف الذى أدى إليه . ويعالج حاليا بالصدمات الكهربائية التى يرجى أن تساعد الفرد على التغلب على أزمته فى وقت قصير وإن كان علاج مثل هذه الحالات لا زال يتطلب وقتا طويلا .

الفصل الثامن

تفسير العصاب النفسى

استعرضنا فى الفصل الثانى فى عرضنا للفكر المعاصر الإطار العام لبعض النظريات المعاصرة التى تفسر أسباب الأمراض العقلية والنفسية وسنحاول فى هذا الفصل إبراز تفسيرات بعض هذه المدارس للعصاب النفسى بالذات وخاصة فرويد وإريك فروم ، وكارن هورنى ، والمدرسة المسماه بمدرسة الذات ، وبافلوف .

١ ــ فرويد :

العصاب النفسى فى التفسير الفرويدى كما سبق أن بينا نتيجة للصراع بين المطالب الغريزية والقوى الدفاعيـــة للأنا . والمطالب الغريزية عادة جنسية وعدوانية ومحورها عقدة أوديب التى تتلخص فى منافسة الابن لأبيه فى حب الأم والرغبة فى الاستحواذ عليها .

ويميز الفرويديون بين الأعراض العصابية **neurotic symptoms** والخلق العصابى **neurotic character** . ففى الأعراض العصابية يحدث شىء ما يخبره المريض كشىء غريب أو غير مفهوم . وقد يكون هذا الشىء حركات لا إرادية أو تغيرات وظيفية جسمانية وإحساسات مختلفة كما هو الحال فى الهستيريا، أو قد يكون هذا الشىء انفعالا معينا أو مزاجا معينا ليس له ما يبرره كما هو فى حالات القلق أو الاكتئاب ، أو قد يكون اندفاعات أو أفكار غريبة كما هو الحال فى الحواذ . وتعطى كل الأعراض انطباعا بأن هناك شيئا ما يفرض نفسه على الشخصية

مصدره غير معلوم . وهذا الشيء قطع المسيرة العادية للشخصية وأخل بأهم شيء تتميز به وهو الاستمرار . وغنى عن الذكر أن هذا العامل الدخيل لا يمكن السيطرة عليه .

أما فى الخلق العصابى فيبدو أن إضطراب الشخصية والخلل الذى طرأ عليها لا يعزى إلى حادثة أو شيء معين أخل باستمرارها إذ تبدو الشخصية مشوهة وممزقة ومستغرقة فى المرض إلى حد نعجز معه القول متى بدأ العرض ومتى إنتهت الشخصية .

وعلى الرغم من الإختلافات بين « الأعراض العصابية » « والخلق العصابى » فإنه يجمع بينهما عامل مشترك هو أن الأسلوب العادى المعقول لمقابلة مطالب الحياة الخارجية ومطالب الاندفاعات الداخلية قد حل محله ظاهرة غير معقولة تبدو غريبة ، ولا يمكن التحكم فيها إراديا ولما كانت وظيفة العقل السوية يتحكم فيها جهاز ضبط ينظم ويوجه ويكشف القوى الغريزية والبدائية بنفس الطريقة التى تتحكم بها القشرة المخية فى تنظيم وتوجيه وكف إندفاعات الطبقات الاعمق من المخ ، فإنه يمكن القول بأن العامل المشترك فى كل الظواهر العصابية هو عدم كفاية « جهاز الضبط العادى لدى الانا » .

ويمكن فهم الظاهرة العصابية على أنها تفريغات إضطرارية لا إرادية حلت محل التفريغات السوية لعدم كفاية الضبط لدى الانا وتأتى عدم الكفاية إما بزيادة شحنة المنبهات الواردة ، فتزيد الإستثارات عن الحد فيصعب السيطرة عليها ويقال فى هذه الحالة عن هذه الخبرات بأنها صادمة traumatic ، وإما بإعاقة التفريغ أو انقاصه مما يؤدى إلى تخزين التوترات فى داخل الكائن الحى فيصبح أثر أى إستثارة عادية كأثر الإستثارات الصادمة .

وأحسن مثل للنوع الأول الخبرة التي يمر بها كل فرد بعد الحوادث الصادمة البسيطة كالتعرض لخوف مفاجيء مثلا . إذ يبدو الفرد منفعلا ويستمر كذلك فترة من الزمن وإن كانت بسيطة إلا أنه يعجز أثناءها عن التفكير فى أى شيء أو الانتباه لأى شيء آخر سوى الحادثة التي مر بها ومصدرها . إذ يكررها فى ذهنه ووجدانه عدة مرات حتى يعود إليه إستقراره . ويمكن شرح مثل هذا العصاب الناتج عن صدمة بسيطة باجتياح إضطراب يصعب السيطرة عليه ، ومحاولة الفرد السيطرة على الموقف . ويمكن شرح العصاب الناتج عن صدمات كعصاب الحرب بنفس المنطق .

أما النوع الثانى الذى يتميز بإعاقة التفريغ ويسمى بالعصاب النفسى فيمكن شرحه فى ضوء نتائج ما توصل إليه علماء النفس التجريبيون فى المعامل فيما يسمى « بالعصاب التجريبى » إذ كان الحيوان يتعلم أنه بالاستجابة لمنبه معين سوف يجد الطعام فى مكان معين ... والطعام خبرة مشبعة . بعد ذلك يقوم المجرب بتغيير الموقف فبدلا من أن يجد الحيوان الطعام فى المكان الذى عرفه يجد عقابا أو أن الحيوان كان يجد الثواب نتيجة للاستجابة لمنبه معين ويجد العقاب نتيجة لمنبه مماثل ولكن يفترق عنه فى درجته . يغير المجرب من الموقف ليجعل تقاربا فى الدرجة بين المنبهين حتى يصبح الحيوان عاجزاً عن التمييز بينهما . وفى هذين النوعين من التجارب كان الحيوان يقع فى صراع ويكون فى موقف شبيه بمواقف العصاب الصادمة فيتخبط فى سلوكه ، والسلوك الناتج إضطرارى لا إرادى لا يتحكم فيه الحيوان . وهذا السلوك طارىء وفى العصاب يكون الموقف مماثلا إذ توجد إندفاعات معاقة فيتولد توتر يتم التفريغ عنه بسلوك طارىء . إذ يكون هناك دفاع من الأنا ضد غريزة تسعى إلى التفريغ . وينشأ صراع بين سعى الغريزة

والقوى الدفاعية للأنا ثم حالة تحزين ، وأخيراً أعراض عصابيـــة ليست إلا تفريغات مشوهة كنتيجة لحالة التحزين . وهذا نوع من التوفيق بين القوى المتصارعة . والعرض المرضى هو الخطوة الوحيدةفى هذا التطور التى تبدو للعيان، أما الصراع وتاريخه ودلالة الأعراض فكلها لا شعورية .

٢ ـ اريك فروم :

إذا كان الفرويديون يرون أن العصاب توجد بذوره فى صميم العقدة المسماة بعقدة أوديب التى تقوم على التنافس بين الابن وأبيه من أجل الأم ، والهزيمة الحتمية التى تلحق بالابن فى مثل هذا التنافس بما يصاحبهمن شعوربالذنب والضعة فإن إريك فروم يرى أنالصراعبين الابن وأبيه لايقوم أصلا على الرغبةالجنسية غير المشروعة لدى الابن نحو أمه كما يدعى الفرويديون ، ولكنه يقوم على رغبة الابن فى التحرر من السلطة الأبوية .

وقد سبق لنا أن ذكرنا أنفروم يفرق بين السلطة الموضوعية التى تقوم على كفاءة من فى يده السلطة والتى تستخدمعادةللتوجيه والبناء ، وهذه السلطة تكون عادة معقولة ومقبولة ، والسلطة غير الموضوعية وغير المعقولة والتى تستند إلى القوةوالقهر والتسلط وخوف المقهورين وطاعتهم العمياء . وهو يرى أن السلطة فى معظم الثقافات تكون عادةغيرمعقولة . فالناس يتكيفون لأدوارهم التىتحددها الثقافة لهم بالتنازل عنجزء من إرادتهم وإبتكاريتهم وتلقائيتهم. ويتوقف بقاء المجتمعات واستمرارها على مدى نجاحهافىتطبيع أفرادها باخلاقياتمعينة تجعلهم يرغبون فى التصرف بالشكل الذى تحدده الثقافة لهم . وتمثل سلطة الأبوين سلطة المجتمع ، وتكون عادة إنعكاسا له وإنعكاسا لأخلاقياته المرغوبة . ولما كانت الأسرة مسئولة عن إعداد الابنـاء للمجتمع الذى يعيشون فيه فهى تمارس

سلطتها لتحقيق ذلك ، وهى سلطة غير معقولة وتؤدى فى العادة إلى تحطيم إرادة الطفل وتلقائيته واستقلاله. غير أن الإنسان لم يخلق ليتحطم. فيكافح الطفل ضد هذه السلطة من أجل حريته ومن أجل تحقيق ذاته . وينجح بعض الأطفال فى ذلك غير أن غالبيتهم يفشلون إلى حد ما فى هذا الكفاح ويبدو هذا الفشل فى صور متعددة . ومهما يكن شكل هذه الصور فالجراح المتخلفة عنه ضد السلطةغير المعقولة توجد دائما فى صميم كل عصاب . وتبدو هذه الجراح فى شكل أعراض تتمثل فى ضعف أو شلل يلحق بإبتكاريةالفرد وتلقائيتهوضعف الذات والفردية. وتأتى أهمية العامل الجنسى من القيود التى يفرضهـــا الآباء على وظائف الطفل الجسمانية عامة ومنها الناحية الجنسية . إذ تؤدى القيود التى يفرضها الآباء عليهـا إلى شعور الطفل بالذنب وتصبح هذه الناحية تبعالذلك مصدراً دائما لهذا الشعور. ويؤدى الشعور بالذنب إلى تحطيم إرادة الطفل وخضوعه ، إذ يستخدم الآباء هذا الشعور لإخضاع الطفل . وليس هنـــاك أقوى من إشعار المرء بأنه سىء وردىء لتحطيمه وإذلاله . وكلما زاد شعوره بالذنب كلما كان من السهل إخضاعه لأن السلطة تكون قد أكدت سيطرتها بحقها فى الإتهام ومايبدو كشعوربالذنب إنما هو فى الواقع خوف من إغضاب أولئك الذين يخشاهم الفرد ويخافهم . وهذا الشعور هو المشكلة الخلقية الكبرى التى يعانى منها الانسان .

ويرى إريك فروم أنه ليس منالضرورى أن يؤدىالكفاح من أجل الحرية والهزيمة فيه إلى العصاب وإلا أعتبرنا معظم الناس مرضى بهذا المرض .إن معظم الناس بدلا من أن يصابوا بالعصاب يلحقهم ما يمكن أن نسميه بالتشويه . فإذا سلمنا بأن الحرية والتلقائية هما الهدفان الموضوعيان اللذان يجب التوصل إليهما ، فإن فشل المرء فى تحقيق ذلك يؤدى إلى إصابته بالتشويه. فإذا فشلمعظم أعضاء مجتمع بعينه فى تحقيق الحرية والفردية والذاتية والتلقائية نتجت لدينـا ظاهرة يمكن أن نسميها ، تشويها إجتماعيا نمطيا ، يشترك فيه الفرد مع غيره من أفراد

مجتمعه ، وهذا يؤدى إلى عدم وعى الفرد بما فيه من تشويه ونقص ، ولن يشعر بأن هناك ما يهدد ذاته وكيانه لعدم شعوره بالإختلاف عن غيره . وقد يرتفع بتشوهه إلى مستوى الفضيلة فى مجتمعه فيعطيه ذلك شعور بالكفاءة والتحصيل ويحميه بالتالى من العصاب الذى لا بد أن يلحقه فى ثقافة أخرى تكشف عن عاهته ويصاب بالوحدة والعزلة .

٣ ـ كارن هورناى :

تتكلم كارن هورناى عن العصاب الخلقى Character neurosis لا العصاب الموقفى Situation neurosis . فالعصاب الموقفى يطلق على ردود أفعال الشخص لموقف خارجى ملىء بالصراعات ولولا الموقف لما اضطربت الشخصية . أما فى العصاب الخلقى فالإضطراب يكون فى الشخصية بصرف النظر عن المواقف الخارجية فى حياة الفرد علما بأن هذه المواقف إذا كانت معينة فإنها خليقة بأن تكشف الاضطرابات المستترة وتبرزها . واضطراب الشخصية عادة له تاريخ فى حياة الفرد . وكثيراً ما يبدو العصاب الخلقى وكأنه عصاب موقفى . إذ يبدو الموقف وكأنه السبب فى نشأة العصاب غير أن الدراسة كثيراً ما تبين أن سمات الشخصية المضطربة كانت موجودة منذ زمن طويل قبل نشأة المواقف التى أبرزتها .

وتركز هورناى إهتمامها على الاضطرابات الخلقية دون الاعراض لأنه من الممكن شفاء الاعراض دون شفاء المرض . والصراعات التى تؤدى إلى العصاب تتصل بظروف الحياة فى ثقافة معينة . ومعنى هذا أنها ليست محكومة بالطبيعة البشرية . فالعصاب أسبابه ثقافية ، نظرا لأن الدوافع والاهداف ومواقف الصراع تختلف من ثقافة لأخرى .

ويعتبر القلق والعمليات الدفاعية ضده عاملا هاما فى العصاب . وتميز هورناى بين الخوف والقلق . فالخوف رد فعل متناسب لموقف خطر . والخطر هنـــا موضوعي وواضح . أما القلق فهو رد فعل مناسب أيضا لموقف خطر ، ولكن الخطر هنا غير معروف وذاتى ويبدو القلق غير معقول . وهذا وحده يدل على أن هناك شيئا يعجز الانسان عن السيطرة عليه . ويلجأ الناس إلى طرق مختلفة للتخلص من القلق بتبريره أو إنكاره أو تخديره أو تجنب المواقف التى تبعث عليه.

ولما كان القلق هو خوف يتضمن عاملا ذاتيا فالعامل الذاتى هنا هو الشعور بالعداوة hostility . والعداوة هى المنبع الأساسى للقلق العصابى وغالبا ما يكبت هذا الشعور . ويزيد كبته من حدته .

ولا يمكن فهم القلق والعصاب الخلقى إلا فى ضوء تاريخ حياة الفرد . ولا بد أن يكشف لنا التاريخ أن كل من يعانى من العصاب الخلقى كانت بيئته فى طفولته تتميز بخصائص معينة وأهم هذه الخصائص الافتقار إلى الحب الحقيقى وحرارته. كما نجد أن الوالدين كانت لهما إتجـــاهات وأفعال تستثير العداوة . فالطفل الذى لا يتمتع بالحب والاحترام فى سنوات حياته الأولى لابد وأن تتكون لديه كراهية نحو والديه ونحو غيره من الأطفال ، وشعور بعدم الثقة فى كل فرد اللهم إلا إذا حدث ما يغير ذلك كمصادفته لمعلمة أو معلم أو شخص ناضج يرتبط به .

ينمو القلق لدى الطفـل الذى لا يتمتع بالحب والعطف والاحترام ويسقط قلقه على العالم الخارجى الذى يصبح فى نظره خطراً مخيفا . ويكون مثل هذا الاتجاه تربة صالحة لبناء العصاب . وتسمى هورناى هذا بالقلق الأساسى . ويتميز القلق الأساسى بشعور الفرد بأنه صغير ، وعاجز ، وغير مهم ، وفى خطر ، وفى عالم كله غش وخداع وحسد وحقارة . ويبدو فى سلوك من يعـــانى من القلق

والعداوة محاولات هروبية إما بالسمو العصابي للحب ، أو بالسمو العصابي للقوة أو الخضوع العصابي أو الانزواء العصابي مما سبق شرحه فى الفصل الثانى .

ولما كان القلق الأساسى عنـــدها هو مصدر العصاب ، فهو كذلك مصدر الصراعات التى تنشأ عنها الاتجاهات العصابية . والاتجـاهات العصابية التى يمكن تمييزها والتى تتصارع فى الفرد الواحد مع سيادة واحد فيها عادة هى الاتجاه نحو الناس ، أو الاتجاه ضدهم،أو الاتجاه بعيدا عنهم . وتولد هذه الاتجاهات الثلاثة فى العصابى البالغ الصراع . والصراعات الناجمة عن هذه الإتجـاهات المتعارضة تـكون لب العصاب النفسى وتسميها الصراع الأساسى .

٤ ـ مدرسة الذات :

يرى أصحاب هذه النظرية أن هناك حاجة واحدة يسعى الإنسان إلى إشباعها هى الحاجة إلى تأكيد الذات. ويقصد بالذات أوالنفس self كل المظاهر التى تدخل فى مضمون الضمير « أنا » . وهذه الذات هى الحقيقة الوحيدة التى يعرفها الفرد . وهى تتضمن جسمه الذى يكون جزءا منهـــا لانها قابلة للامتداد لتتضمن كل مايدخل فى مجال حياة الفرد، فالبيت الذى يسكن فيه وكل ما يمتلك جزء منذاته يدافع عنه ويحافظ عليه ، وزوجته وأولاده وأسرته وأصدقاؤه يكونون جزءا من ذاته يغار عليهم ، ويفرح لفرحهم ويحزن لاحزانهم ، وآرؤه ومعتقداته وما إلى ذلك تـكون جزءا من ذاته . فليست الذات قاصره على الجسم ولـكنها تتضمن الماديات والمعنويات ، كما تتضمن الآراء والأفراد والمعتقدات بل وكل ما يمت إلى الفرد بصلة فى مجال حياته . ومجال حياة الفرد يتكون منه ومن بيئته النفسية . ويقصد بالبيئة النفسية كل ما يدركه الفرد ويفهمه ويراه من وجهة نظره هو وفى وقت بعينه، أى أن سلوك الفرد يفسر من وجهة نظره الخاصة وطبقـــا

للموقف الذى يتم فيه السلوك . لأن عناصر مجال حياة الفرد الحالية تكون متصلة بحاجاته الحالية وشبه حاجاته . وتبعا لذلك تختلف البيئة النفسية من فرد لفرد ، كما أنه ليس من الضرورى أن تطابق البيئة الخارجية . فإن طابقتها قيل إن الفرد متصل بالواقع وإن اختلفت عنها قيل أنه غير متصل بالواقع .

ويرى أصحاب هذه النظرية أن أهم خاصية فى العصاب هى الشعور بالتهديد . وهذا الشعور عنصر مشترك بين المخاوف المرضية والعصاب . والفرق الاساسى بينهما هو أن الشعور بالتهديد فى المخاوف يتصل بمدركات تتصل بأشياء أو مواقف محددة أما فى العصاب فالتهديد غير متمايز وعام . فهو شعور بالرهبة من شىء غير معروف . وهذا الشعور غامض وغير محدد . وهذا ما يميز العصاب عن غيره من المواقف التى يشعر فيها الفرد بالتهديد . ويمس التهديد ذات الفرد فى الصميم ... وخاصة هذا الجزء الذى تسميه فكرته عن نفسه ويعجز الفرد عن تمييز هذا التهديد بوضوح ولكنه يدركه بشىء من الغموض ويرفض تقبله إذا عرفه فى تنظيم ذاته .

ويأتى العجز عن التمييز إما لأن الفرد يفتقر إلى الرموز التى تساعده على جعل تمييز الموقف المهدد لذاته ممكنا، وإما لأن وضوح التهديد وتمييزه قد يمثل خطرا داهما على الفرد يرفض الفرد مواجهته. وقد يصبح هذا التهديد فى العصاب حادا مما يزيد من صعوبة بل استحالة تمييزه . ويقمع الفرد الادراك المهدد لذاته وينزل به إلى مستوى للتمييز منخفض فى مجال الادراك له ولغيره . ويقتبس أصحاب هذه النظرية أيضا التجارب المعملية على العصاب التجريبى لإيجاد وجه الشبه بينه وبين العصاب الحقيقى . ففى العصاب التجريبى أولا : يصبح الحيوان

عاجزا عن التميز ، بل ويفقد التميزات القديمة التى اعتاد عليها والتى تكونت لديه. ثانيا : يبدو منه إنتشار غير معقول للاستجابة إذ يسيل لعابه لمنبهات ترتبط عرضا بالمنبهات التى درب عليهـا ، ثالثا : تظهر على الحيوان أعراض التوتر والاستجابات الانفعالية . وفى جميع التجارب المعملية تبدو أعراض العصاب حين يصبح التميز الواضح أمراً مستحيلا. وفى ضوء هذه الاعتبارات يلخص أصحاب نظرية الذات ديناميكية العصاب فيما يلى :-

١ - يتعرض مظهر من مظاهر الذات الاساسية للتهديد إما بإدراك حوادث خارجية ، أو بإدراك المرء لسلوكه هو نفسه الناتج عن مظهر آخر من مظاهر ذاته.

٢ - لا يتقبل الفرد المدركات المهددة لذاته فى تنظيمه فيكبتهـا إلى مستوى منخفض من التميز .

٣ - هذه التهديدات المكبوتة تستمر فى تهديدها ما دامت تهدد مظهرا أساسيا من مظاهر الذات . وحاجة الكائن الحى للحفاظ على ذاته مما لا يسمح للمدركات المهددة بالبقاء دون ايجاد حل لها .

٤ - تستمر هذه التهديدات فى مجال حياة الفرد مؤدية إلى سلوك معين وتظل هذه التهديدات والفرد يدركها بغموض وباستمرار فيصبح سلوكه مقسما بالتوتر والانفعال . وكلما زاد ادراك الفرد للتهديد كلما زاد اضطراب سلوكه .

ومن الحالات التى ساقها سنج وكومب (١٩٤٩) للتدليل على صحة هذه النظرية حالة معلمة فى الاربعين من عمرها سعت للعلاج لشعورها بالتوتر ، وعدم القدرة على النوم ، ولآلام وأوجاع غامضة لم يجد لها الأطباء سببا جسمانيا .ولم تفدها العقاقير فى التخلى عن الشعور بالرهبة من شىء يصعب عليهـا تحديده .

وكانت تشكو من العجز عن التركيز فى عملها ، وأنها أصبحت تثور لاتفه الاسباب بل تبكى وتضحك دون سبب واضح . تبين فى العلاج ما يأتى . -

كانت فى شبابها جميلة ومرغوبة لكنها كانت واقعة تحت سيطرة أمها ومرتبطة بها إرتباطا قويا ... فرفضت كل عروض الزواج التى جاءتها حتى وصلت إلى سن الأربعين فبدأت تحس بأن جمالها يذوى وضاعت منهـــا فرص الزواج . وأدركت أمهـا الشيخوخة وأصبح واضحـا أن الوقت ليس ببعيد حين تصبح وحيدة فى هذه الدنيا . وساورها إحساس بالرهبة من شىء خفى لا تستطيع تمييزه . أعجب بها ناظر مدرستها وهو رجل متزوج من نفس سنها . ونشأت بينهما علاقة آثارت شكوك من حولها . ولاح خطر الفضيحة وفقدان الوظيفة فزادت حالتها سوءا وزادت الأعراض العصابية .

لقد عاد لها شبابها فى ظل العلاقة الجديدة مع ناظرها رغم الثمن الذى يمكن أن تدفعه إذا انكشف أمر هذه العلاقة . وكانت على وعى بكل ذلك ، كما كانت على وعى باحتمال تحطيمها لاسرة عشيقها وكانت تحس بالذنب من إحتمال وقوع ذلك ، كل هذا مع شعور بالعجز عن فصم عرى هذه العلاقة ، فاجتاحها القلق وأخذت فى نفس الوقت تتصرف كالمراهقة . وكانت تستاء من الكشف عن سنها الحقيقى وانبرت تنتقد فى كل مجال من هن فى سن الأربعين متهمة إياهن بالرجعية والتخلف . لقد أخذت تتصرف تصرف فتاة العشرين لأنها رأت نفسها فى سن العشرين : صغيرة وجميلة ومرغوبة ، فطابق سلوكها فكرتها عن نفسهـا فى ذلك الوقت ... ووقف مفهومها عن نفسها دونها ودون محاولة التخلص من عشيقها الذى أصبح يمثل لها آخر فرصة للزواج . وأصبح التخلى عنه يعنى لديهـا لا شعوريا الاستسلام لواقع سنها وعنوستها . وهذا هو التهديد الذى عجزت عن مواجهته . غير أن واقعها كان يكذبها دائما فيما تحاول أن تدعيه . فاستنفذت

جهداً فى الدفاع عن فكرتها عن نفسها كما تود أن تكون حتى أصبحت عاجزة أمام الضغوط المتكالبة .

وبتحليل هذه الحالة إلى عناصرها الأولية يمكن القول بأن الفتاة كانت على وعى بمهنها وبحاجتها إلى هذه المهنة . وأتاحت لها العلاقة الجديدة ظروفا ترى فيها نفسها كفتاة صغيرة ومرغوبة من الممكن أن تتزوج . فسعت إلى تأكيد هذا المفهوم عن نفسها . غير أن السلوك الذى يؤدى إلى تأكيد مظهر من مظاهر الذات كان يقابله التخلى عن رجلها وهذا العامل عامل مهدد للذات . فلما زاد التهديد كان العصاب وصعوبة تمييزها فى مجال حياتها لحل للموقف .

٥ ـ التفسير البافلوفى للعصاب :

يعتبر العصاب عند بافلوف مرضا وظيفيا للجهاز العصبى المركزى . ولما كان العصاب فى العادة يصحبه ضغوط انفعالية طويلة الأمد فإن هذه الضغوط تفرض على العمليات العصبية الأساسية (الإستثارة والكف) متطلبات مستديمة مما يؤدى إلى إجهاد الجهاز العصبى المركزى واضطراب نشاط العمليات العصبية العليا . لهذا كثيرا ما تؤدى الأمراض الجسمانية إلى نشأة العصاب . ولما كان بافلوف من أوائل من توصلوا إلى العصاب التجريبى بتجاربه على الكلاب فإنه أشار إلى أن هناك أنواعا من العصاب يختص بها الإنسان دون الحيوان لأن الإنسان يفترق عن الحيوان بوجود جهاز الإشارة الثانى لديه . وهذه الأنواع التى يختص بها الإنسان وحده هى الـ Psychasthenia والهستيريا . إذ يثار فى هذين المرضين جهاز الاشارة الثانى فى تفاعله مع جهاز الإشارة الأول .

ولما كان بافلوف قد قسم الناس إلى إنماط طبقاً لسيادة أحد جهازى الإشارة عندهم كما سبق أن بينا إذ فى رأيه أن النمط الفنى يسود فى جهازه العصبى جهاز الاشارة الأول بينما النمط العقلى يسود لديه جهاز الاشارة الثانى ، والنمط المعتدل هو الذى يتوازن عنده الجهازان ، فإنه يرى أن النمط الفنى يصاب عادة تحت الضغوط بالهستيريا ، بينما يصاب النمط الذى يتوازن عنـــده الجهازان بالنيوروستانيا ، أما النمط العقلى فيصاب بالPsychathenia والحواذ الذى قد ينشأ أيضاً فى الانماط الأخرى .

الفصل التاسع

بحوث فى العصاب النفسى

مدى تواتر الأعراض العصابية :

مما يجب أن نؤكده هنا أنه رغم تصنيفنا للأمراض العصابية وبيان أنواعها فإن العصاب النفسى لا يمثل وحدة مرضية أو وحدات إنما هو مجموعة من ردود الأفعال المختلفة التى تعتبر أنماطا دفاعية يجابه بها المريض المواقف التى يتعرض لها للتحكم فى قلقه وانفعالاته. لهذا تبدو فى الصورة التشخيصية فى وقت واحد أو على التوالى أعراض مثل القلق والتوتر والإكتئاب والشكاوى الجسمانية والإسقاط وما إلى ذلك من العمليات الدفاعية . وإذا كان الاطباء يختارون من بين هذه الاعراض الأعراض البارزة لتحديد فئة من فئات التشخيص يوضع فيها المريض لأغراض علاجية أو تنظيمية فيجب أن نتذكر دائما أن هذا يتم على حساب الصورة الاكلينيكية الحقيقية التى تتميز بالديناميكية والتعقد. وما العصاب إلا طرق متعددة للإستجابة توجـــد لدينا جميعاً ونستخدمها بدرجات متفاوته . فمن يسمون الأسوياء يستخدمون نفس هذه العمليات الدفاعية إذا ما صادفتهم مواقف الصراع النفسى أو تعرضوا للضغوط . فالهستيريا والحواذ والقلق وما إلى ذلك ليست إلا سبلا لاستخدام هذه العمليات الدفاعية عامة ، فمن الصعب أن نجد تشخيصا مرضيا خالصا .

وليس أدل على مدى عمومية هذه الأعراض من نتائج بحث كلية الطب بجامعة كورنل عن بلدة وسط مانهاتن . إذ اتخذت فى هذا البحث عينة قوامها

١٦٦٠ من البالغين يمثلون مجموع السكان البالغ عددهم ١٠٠٠ر٠٠٠ ألف نسمة . أعطى لانجنر Langner (١٩٦٠) لبيان درجة الاضطراب فى أفراد العينة استبيانا مكونا من ٤٠٠ عنصرا لأفرادها . ثم قام إثنان من أطباء الأمراض العقلية بتقويم ملخص للحـــالات كل منهما مستقلا عن الآخر . وكانت نتيجة البحث اعتبار نسبة ١٨ ٪ فقط من الحالات فى حالة طيبة ، ونسبة ٣٦ ٪ منها تعانى من أعراض بسيطة ، بينما نسبة ٢٢٪ تعانى من أعراض متوسطة أو معتدلة ، ونسبة ٢٤٪ مختلة .

وفى بحث لونتر Winter (١٩٥٩) تمت مقابلته عينة قوامها ٢٠٠ فردا من الأصحاء ممن يعملون فى أحـــد المصانع الفنية لبيان مدى تواتر الأعراض العصابية بينهم . فكانت النتائج كما يلى : -

٥ ٪ لا أعراض
١٩ر٥ ٪ اضطرابات خفيفة
٥٥ر٥ ٪ اضطرابات متوسطة
٨ر٥ ٪ عصاب حاد
١١ر٥ ٪ لا يمكن تقديرهم

ومن بين الفئات الاربع الأخيره وجـــدت نسبة ٢٠ر٥ ٪ لديها سمات إنحراف. وفى تقصى الحياة الاسرية لأفراد العينه تبين أن أسر ذوى الاضطرابات الخفيفه تميزت بالتماسك والاهتمام الأبوى ، بينما كانت أسر ذوى الاضطرابات المتوسطة أقل إهتماما . أما من كانوا يعانون من العصاب الحاد فقد أتوا من أسر غير موفقة فى حياتها الزوجية وكانت متزمتة فى تربيتها خلقيا. أما فريق المنحرفين فكانت تسود بيتهم البيوت المتصدعة مع نوع من التربية التعسفية والتدليل .

العصابيون والانجاب :

قام ماندابروت ومنرو (١٩٦٤) فى النرويج باختيار عينة عشوائية مكونة من ٦٤٧ إمرأة متزوجات منهن مع ازواجهن ٨٤٪ والباقيات إما أرامل أو مطلقات أو منفصلات عن أزواجهن . تبين أن ٥ر٧٢٪ من الحالات أى عدد ٣٧٥ كن خاليات من الأعراض العصابية طبقا للمعايير التى وضعها الباحثان وهى :

ا ـ أعراض التوتر ب ـ الاضطرابات الاوتونومية جـ ـ الاضطرابات المزاجية على أن تكون هـــذه الاضطرابات من الحدة التى تؤدى إلى اختلال الوظائف أو السعى للمشورة الطبية . تبين أن العصابيات ينزعن إلى ارتفاع نسبة الحمل وكذلك نسبة الاجهاض ، ووفاة الجنين فى الرحم ، ووفاة الاطفال بعد الولادة ، وكذلك إرتفاع نسبة الامراض النفس طبية بين الاطفـــال الاحياء على الرغم من أن الفرق بينهن وبين مجموعة الاصحاء ليس بذى دلالة إحصائية . كما وجدا أنه إذا كان الابوان من الاصحاء أدت الولادة فى ٦٩ ٪ من الحالات إلى أطفال اصحاء ، أما إذا كان كلا من الابوين عصابيا فالنسبة ٥٦٪ فقط والفرق ذو دلالة إحصائية .

احتمالات الشفاء من الأمراض العصابية :

قام رنى Rennie (١٩٥٣) أستاذ الطب العقلى بجامعة كورنل بتتبع ٢٤٠ حالة من المرضى بالعصاب ممن أودعوا إحدى المستشفيات فى الفترة من ١٩١٣ - ١٩٢٣ بعد علاجهم وخروجهم ولمدة ٢٠ سنة وكان تتبعهم إما بمكاتبتهم أو مكاتبة أقاربهم أو طبيب العائلة أو بالمقابلة الشخصية . ويسمح التتبع فى مثل هذه الفترة الطويلة ببيان تطور المرض بمرور الوقت ، وتقويم طرق العلاج ، وملاحظة

التغيرات التى تطرأ على الصورة الاكلينيكية ، وامتزاج الأعراض العصابية المختلفة فى المريض الواحد ، وظهور الأعراض الذهانية فى البعض ، والشكل الذى تحل فيه العمليات الدفاعية محل بعضها البعض أو تستبدل بعمليات دفاعية أخرى .

ويرى رنى أنه بعد إستعراضه للنتائج التى توصل إليها أصبح مؤمنا بأن العصاب لا يمثل وحدة مرضية واحدة ولكن يمثل طريقه من طرق الشخصية للاستجابة تتنوع فى المجرى الذى تتخذه وفى النتائج التى تنتهى اليها .

لقد تم علاج هذه الحالات فى المستشفى بطرق مختلفة من طرق العلاج النفسى أى أن أسلوب العلاج لم يكن موحداً للجميع . وكانوا جميعاً يعانون من عصاب نفسى حاد وكانت أنواع وتوزيع أفراد العينة فى فئات العصاب المختلفة كالآتى : (٥٠) حالة وهم المرض hypochendriasis، (٣٠) حالة نيوروستانيا، (٥٠) حالة تعانى من القلق، (٥٠) حالة حواذ، (٥٠) حالة هستيريا ، (١٠) حالات تعانى من العصاب الحركى وقد استجابت الأغلبية للعلاج غير أن ما آل إليه أمر المرض معهم خلال العشرين سنة التى تلت العلاج الذى استغرق فى المتوسط شهرين ونصف مما يسترعى الانتباه . ويبين الجدول التالى رقم (١) نتائج العلاج الذى تم بالمستشفى وحالة أفراد العينة عند الافراج عنهم وعودتهم إلى البيئة . وجدير بالذكر أن الصورة التى يبينها هـــذا الجدول لا تدل دلالة صادقة عن حالة هؤلاء المرضى . إذ كانت الصورة بعد عشرين سنة أحسن منها .

ومن الجدول يتبين أن نسبة ٧٥٫٤ ٪ من أفراد العينة كانت عند خروجها من المستشفى إما شفيت أو تحسنت . وأحسن النتائج المباشرة للعلاج كانت مع فئة المرضى بالهستيريا والمرضى بوهم المرض اذ زالت الاعراض الهستيرية فى نسبة ٨٦٪ من الحالات والمرضى بوهم المرض فى نسبة ٨٢ ٪ . وكان الحواذيون

جدول رقم (١)

حالة المرضى عند الخروج من المستشفى

	وهم المرض ٥٠ حالة		نيوروستانيا ٣٠ حالة		قلق ٥٠ حالة		حواذ ٥٠ حالة		هستيريا ٥٠ حالة		عصاب حركى ٥٠ حالة		الجملة ٢٤٠ حالة	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
حالات تم شفاؤها	٥	١٠	٣	١٠	٩	١٨	٣	٦	٩	١٨	٠	٠	٢٩	١٢,١
حالات تحسنت	٣٦	٧٢	١٧	٥٧	٢٨	٥٦	٢٩	٥٨	٣٤	٦٨	٨	٨٠	١٥٢	٦٣,٣
الجملة	٤١	٨٢	٢٠	٦٧	٣٧	٧٤	٣٢	٦٤	٤٣	٨٦	٨	٨٠	١٨١	٧٥,٤
حالات لم تتحسن	٩	١٨	١٠	٣٣	١٣	٢٦	١٨	٣٦	٧	١٤	٢	٢٠	٥٩	٢٤,٥

أقل نسبة من ذلك (٦٤) . ويمكن القول ان نسبة ٦٣٫٣ ٪ من هذه الحالات قد تحسنت . غير أنه يمكننا أن نتصور أن كثيرا من الأطباء كانوا يترددون عند الافراج فى تقرير أن المريض قد شفى تماما فى كثير من الحالات. وكانوا ينتظرون ما سوف تكشفه الأيام . ومن عينة ما كان يكتبه الأطباء فى تقارير الافراج ما يلى : المريض خالى من الأعراض ، نتحفظ فيما يختص بما سيؤول إليه أمره فى المستقبل للافتقار إلى البصيرة وعدم التعاون ، يخرج من المستشفى ضد رغبتنا ... الخ . وتصل نسبة من يمكن القول أنهم لم يفيدوا من الاقامة فى المستشفى إلى ٢٤,٥ ٪ وكان معظهم من الحالات التى تعانى من الحواذ يليهم المرضى بعصاب الاجهاد وكانت نسبة من لم يفيدوا من العلاج من المرضى بالهستيريا ١٤ ٪ . ويبين الجدول رقم (٢) حالة هؤلاء المرضى بعد ٢٠ سنة

من هذا الجدول يتبين لنا أنه بعد ٢٠ سنة كانت نسبة ٦٨٫٨ ٪ قد شفيت تماما أو تحسنت . وتقل هذه النسبة قليـــلا عن نسبة هذه الفئة وقت الخروج من المستشفى (٧٥٫٤ ٪) غير أن مقارنة الجدولين تبين أن نسبة من تم لهم الشفاء بعد ٢٠ سنة قد زادت ويمكن أن يعزى ذلك إلى عاملين أحدهما تحفظ الأطباء وتشاؤمهم مما كان يجعلهم يترددون أثناء الافراج عن تقرير الشفاء ، والثانى هو أن عدداً من الحالات إستطاع إستكمال شفائه خلال العشرين سنة بالبصيرة التى تم التوصل اليها أثناء الاقامة بالمستشفى ، كما أن البعض قد واصل علاجه خارج المستشفى أو عاد إلى المستشفى مما كان له أثره فى تحسين حالتهم . وتبدو أحسن النتائج بعد عشرين سنة كما كان الحال عند الافراج فى الحالات المريضة بالهستيريا كما أن فئة المرضى بالقلق تبين نتائج إيجابية مماثلة (٧٦ ٪) . أما المرضى بوهم المرض والنيوروستانيا كمجموعة فكان التحسن بينهم بمرور الزمن أقل . إذ يبين الجدول

جدول رقم (٢)

يبين حالة أفراد العينة بعد ٢٠ سنة

	وهم المرض ٥٠ حالة		نيوروستانيا ٣٠ حالة		قلق ٥٠ حالة		حواذ ٥٠ حالة		هستيريا ٥٠ حالة		عصاب حركى ١٠ حالة		الجملة ٢٤٠ حالة	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
حالات تم شفاؤها	١٣	٢٦	٨	٢٦	١٩	٣٨	١٧	٣٤	٢٦	٥٢	٠	٠	٨٣	٣٠ر٢
حالات تحسنت	١٧	٣٤	٨	٢٦	١٩	٣٨	١٨	٣٦	١٢	٢٤	٧	٧	٨١	٣٤ر٦
الجملة	٣٠	٦٠	١٦	٥٢	٣٨	٧٦	٣٥	٦٨	٣٨	٧٦	٧	٧٠	١٦٤	٦٨ر٨
حالات لم تتحسن	٢٠	٤٠	١٤	٤٨	١٢	٢٤	١٥	٣٠	١٢	٢٤	٣	٣٠	٧٦	٣١ر٢

نقصا فى عدد أولئك الذين تم شفاؤهم أو تحسنوا وكان الحواذيون أقل منهم جميعا. فاحسن النتائج إذن كانت بين المرضى بالهستيريا والمرضى بالقلق وأسوأها فى حالات النيورستانيا .

وعلى الرغم من أنه يمكن التوصل إلى بعض الاستنتاجات فيما يختص بالتنبؤ بسير المرض فى العصاب الا أنه من الصعب تطبيق مثل هذه الاستنتاجات وتعميمها على الحالات الفردية . لأنه كانت هناك حالات كانت الدلائل كلها تدل على أنها ستشفى تماما ومع ذلك إنتكست،وكانت هناك حالات تبدى عداوة وعدم تعاون وبدت وكأنها تفتقد الى البصيرة ومع ذلك شفيت تماما من المرض الذى لم يعاودها أبداً . ومن الصعب معرفة العوامل التى أدت الى ذلك . وأحسن التنبؤات التى يمكن الوثوق فيها هى ما يتعلق بالرجع العصابى أى العصاب الذى أدى اليه موقف صعب اذ تزول الأعراض العصابية بزوال الموقف ، كذلك فى الأعراض العصابية الدورية التى تظهر عند وجود حالة من حالات الاكتئاب إذ تزول أيضا هذه الأعراض بزوال الاكتئاب .

ومن المألوف القول بأن العصاب لا يمكن أن يتحول إلى ذهان وفى رأى صاحب هذا البحث أن هذا ليس حقيقيا دائما فقد بين بحثه أنه فى جميع فئات العينة فيما عدا فئة المرضى بالعصاب الحركى كانت هناك حالات تحول عصابها إلى ذهان . ففى فئة المرضى بوهم المرض ظهرت أعراض الاضطرابات الانفعالية فى ٩ حالات (إنتهى الأمر بثلاث حالات إلى الانتحار ، وبخمسة الى المرض بالاكتئاب ، وواحد الى المرض بالذهان الدورى مع أعراض فصامية . وفى فئة الحواذ إنتهى الأمر بثمانية الى المرض بالفصام (ثلاث حالات أودعت المستشفى بتشخيص حالات فصامية،وثلاث حالات بفصام إضطهادى ، وحالتان

بذهان الاضطهاد) . أما فى فئة النيوروستانيا فقد انتحر إثنان ، وأصيب إثنان بالاكتئاب ، وإثنان بالذهان ، وأدمن ثلاثة الخمر وواحد المخدرات وأصيب خمسة من فئة المرضى بالقلق بالاكتئاب وثلاثة بالفصام ، وأدمن ثلاثة الخمر وواحد المخدرات وخمسة ظهرت عليهم أعراض حواذية . وكانت أحسن النتائج فى فئة الهستيريا اذ أصيب واحد فقط بالاكتئاب وواحد بالفصام. والخلاصة أنه كانت هناك ٣٣ حالة أى بنسبة ١٣٫٨٪ من المجموع الكلى لأفراد العينة إنتهى أمرها الى المرض بالذهان ، وثمان حالات أدمنت الخمر أو المخدرات .

إن الصورة الاكلينيكية للعصاب النفسى لا تظل دائما نقية والواقع أن كثيراً من المرضى أثناء الايداع فى المستشفى كانت تظهر عليهم أعراض متعددة . وقد حدث أن ١٨ حالة من كل أفراد العينة تطورت صورة المرض عندها إلى صورة تخالف الصوره التى شخصت بها حالاتهم عند الايداع وهذا يؤكد ما يعرفه كل إكلينيكى من خبرته أن المريض ـ أى مريض ـ قد يستخدم انماطا دفاعية مختلفة للتحكم فى قلقه لهذا تبدو فى الصورة فى وقت واحد أو بتسلسل أعراض مثل القلق والتوتر والاكتئاب والأمراض الجسمانية والاسقاط وغير ذلك من العمليات الدفاعية قد يفرد القائم بالتشخيص واحدة منها للتوصل إلى تشخيص محدد ولكن دائما على حساب الصورة الحقيقية التى تكون فى العادة معقدة . لهــذا كانت الاعتراضات التى يعترض بها المعترضون على عملية التشخيص . فالعصاب ليس وحدة مرضية . ولكن طرقا متعددة للاستجابة توجد لدينا جميعاً ونستخدمها بدرجات متفاوتة لهذا كان من الصعب وجود صورة تشخيصية خالصة لفئة مرضية .

الانطوائية والانبساطية والعصاب النفسى :

تؤكد نظرية بافلوف وظيفة القشرة المخية وعمليات الاستثارة والكف التى

تقوم بها . وقد أمدنا بافلوف بالفيض من الأدلة على أن عمليتى الاستثارة والكف عمليتان إيجابيتان من عمليات القشرة المخية . وقد لاحظ بافلوف فى تجاربه على الكلاب فروقا فردية بينها ، فبعض الكلاب التى أطلق عليها « النمط المستثار » تكونت لديها أفعال منعكسة شرطية ثابتة بسهولة ولما تكونت هذه الاستجابات لم تخمد بسهولة ، كما لوحظ أن البعض الآخر من الكلاب والذى أطلق عليه « النمط الكفى » يتكون لديه الاستجابات الشرطية ببطء ، وإذا ما تكونت يمكن أن تخمد بسهولة، وعلق بافلوف على ذلك بقوله « توحى الملاحظة العرضية أن هذين النمطين الناتجين عن نشاط القشرة المخية فى الحيوان يقابلان الشكلين المعروفين من العصاب فى الانسان وهما النيوروستانيا والهستيريا إذ تتميز النيوروستانيا بحدة الاستثارة وضعف عمليات الكف، بينما تتميز الهستيريا بسيادة الكف وضعف عمليات الاستثارة » ويعنى هذا أنه من الممكن أن تتنبأ بأن العصابيين الذين يعانون من عصاب النيوروستانيا تتكون لديهم الاستجابات الشرطية بسرعة ولا تخمد بسهولة بينما تتكون مثل هذه الاستجابات لدى الذين يعانون من عصاب الهستيريا ببطء وتخمد بسرعة .

ويرى كثير من الكتاب أن بافلوف لا يحدد هذين النمطين كنمطين منفصلين عن بعضهما ، ولكن يعتبرهما نقيضتين على متصل مستمر يقع على أحد طرفيه النمط المستثار (النيوروستانيا) وعلى الطرف الآخر النمط الكفى (الهستيريا) وبينهما توجد درجات متفاوتة .

وقد بينت بحوث أيزنك وتلاميذه فى إنجلترا (١٩٤٨ ، ١٩٥٢ ، ١٩٥٣ ، ١٩٥٥) أن المرضى بعصاب القلق والحواذ والاكتئاب يحصلون عادة على درجات عالية على الاختبارات التى تقيس العصاب وتلك التى تقيس الانطوائية وبالتالى درجات منخفضة على الانبساطية، فأعطى أيزنك لهذه الفئة من الانطوائيين مصطلح dysthymia والتى نترجمها تجاوزاً « بالعسر النفسى » كما بينوا أن المرضى بالهستيريا والسيكوباثيين يحصلون على درجات عالية على الاختبارات التى تقيس

العصاب ولكنهم يحصلون على درجات عالية على الانبساطية وبالتالى درجات منخفضة على الانطوائية .

فإذا استخدمنا مصطلحات أيزنك نجد أن المرضى بالنيوروستانيا يدخلون تحت فئة « العسر النفسى » dysthemia بينما يدخل المرضى بالهستيريا تحت فئة الهستيريا، ويبدو أن من يعانون من العسر النفسى طبقا لرأى أيزنك ينطبق عليهم مفهوم « النمط المستثار » عند بافلوف بينما النمط الهستيرى ينطبق عليه مفهوم « النمط الكفى » إذ تبدو على من يعانون من العسر النفسى أعراض القلق الظاهر الجسمانى والعقلى والحواذ بأشكاله ، كما أنهم سريعوا الاستفزاز ، وينزعون إلى التأمل الباطنى ولايشعرون بالراحة بين الناس، حساسون من ناحية أنفسهم ومن ناحية الغير ، ضميرهم حى جداً وحساسون لبيئتهم. وقد يعانون من النشاط الزائد والتوتر أو قد يعانون من الحذر والتردد. وتتفق كل هذه الأعراض مع خصائص القشرة المخية التى تتميز بعمليات الاستثارة .

أما النمط الهستيرى فيتميز بخصائص مختلفة . إذ قد يتكون لدى هذا النمط العمليات العقلية الهروبية ، مثل فقدان الذاكرة ، أو التجوال ، أو الأعراض التحولية . وينزع أفراد هذا النمط لأن يكونوا غير حساسين ، ولا يتحملون المسئولية ، ولا يهمهم الآخرين . وتشير هذه الأعراض إلى شكل من أشكال الانفصال النفسى مما يميز أولئك الذين لهم قشرة مخية يسود فيها الكف . وقد وجد سيرل فرانكس (١٩٦٣) أن العصابيين من نمط العسر النفسى dysthemic تتكون لديهم الاستجابات الشرطية بسهولة وبسرعة ويصعب إخمادها بينما النمط الهستيرى على العكس من ذلك .

ولما كانت سهولة تكوين الاستجابات الشرطية فى الاسوياء تعزى إلى الانبساطية والانطوائية، (الصعوبة فى المنبسطين والسهولة فى الانطوائيين) ينتهى سيرل فرانكس إلى أن الكف والاستثارة عمليتان ترتبطان بالانبساطية والانطوائية . ويدخل العصابيون من نمط العسر النفسى فى فئة الانطوائيين، بينما يدخل الهستيريون فى فئة المنبسطين .

الباب الخامس

الذهان الوظيفي

مقدمــة

الامراض الذهانية الوظيفية

Functional Psychoses

إن محاولة تقسيم الأمراض العقلية الوظيفية إلى أنوع مختلفة لا تقوم على أساس علمى متين ، إذ كثيرا ما تصدق الاعراض المصاحبة للحالة على أكثر من مرض واحد . وتشخص الحالة فى المستشفيات بأنها مرض معين دون الآخر عادة بغالبية الآراء . ويحرص الأطباء والإخصائيون على صياغة تقاريرهم فى قالب الإحتمال والترجيح ، ويصدق هذا على كل من الأمراض العقلية والأمراض العصابية النفسية ، وما التقسيمات والمسميات المختلفة لهذه الأمراض إلا اصطلاحات عرفيـــة تسهل الدراسة ويرى كمرون وكمرون Cameron & Cameron أن الأعراض الخالصة التى تصدق على مرض معين بالذات لا توجد إلا فى الكتب العلمية.

والتقسيم المتفق عليه حاليا للأمراض العقلية الوظيفية هو تقسم كرايبلين Kraepelin بعد أن أدخل عليه الأمريكيون بعض التعديلات . وأهم الأمراض تبعا لهذا التقسيم هى :

١ - الفصام . Schizophrenia

٢ - الذهان الدورى أو النواب Manic-depression ويدخل تحت ماتسمى بالاضطرابات الانفعالية .

٣ - ذهان الاضطهاد Paranoia

وتسمى هذه الأمراض بالأمراض الوظيفية لأنه لم يثبت حتى الآن بشكل قاطع أن العوامل العضوية من الأسباب المباشرة فى هذه الأمراض.

الفصل العاشر

الفصام

Schizophrenia

يوجد هذا المرض فى كل الاجناس البشرية وفى كل الدول ، والمرضى به يكونون أكبر نسبة من المرضى فى مستشفيات الأمراض العقلية ، كما أن منهم نسبة لا تتردد إلى المستشفيات وخاصة فى البلاد المتخلفة . ونسبة من يشفون منه تتراوح عادة ما بين ٥ ٪ إلى ٢٠ ٪ أما البقية الباقية فتبقى فى المستشفيات فى تدهور مستمر حتى الوفاة . ويعتبر هذا المرض من الأمراض المستعصية فى الطب العقلى والنفسى . ولم ينل أى مرض من الأمراض العقلية إهتماما من العلماء مثل الاهتمام الذى يناله هذا المرض . لذا تتعدد البحوث والآراء التى تتناوله بالدراسة والتفسير .

أنواعه وأعراضه :

يقسم الفصام حالياً إلى فصام حاد acute ومزمن chronic . ويتنبأ الباحثون بأن نسبة المرضى بالفصام المزمن ستزداد بعد عام ١٩٧٠ (برايس وآخرون Bryce etal ١٩٦٦) ويبنون هـذا الرأى على أساس تغير سياسة إدارة المستشفيات بتحديد عدد الموجودين فيها وبإخراج عدد كبير منهم ، هذا بالإضافة إلى أن إستخدام العقاقير منذ عام ١٩٥٥ أدى إلى تقصير مدة العلاج وزيادة العائدين منهم للمستشفيات .

حالات

الحالة ١ :

من الحالات التى مرت بالمؤلف من حوالى خمسة عشر عاما حالة شــاب فى الخامسة والعشرين من عمره . تخرج فى إحدى الكليــات النظرية . نشأ فى بيئة متواضعة جداً ، إذ ولد لأب عامل ، وكانت له أخت واحدة متزوجة من عامل أيضا . ولم يكن له من بين أقاربه من وصل إلى مستواه التعليمى . أتم مراحل تعليمه السابقة للجامعة فى بلدة صغيرة حيث ولد ثم التحق بالجامعة . أحب فى السنة الأولى زميلة له ملأت خياله . ولم يجد الجرأة فى نفسه للتعبير لها عن هذا الحب . ورغم الزمالة منعه حياؤه ومنعه خجله من مبادلتها الحديث أوحتى التحية العابرة ... فلم تحس الفتاة بوجوده ... وهذا النوع من الحب الصامت ومن طرف واحد كان من الأمور المألوفة فى محيط الجامعة فى ذلك الوقت ، وقع فيه كثير من أبناء الريف ممن لم يألفوا حيــاة الاختلاط بين الجنسين ... إستمر ثلاث سنوات يطوى حبه بين جنبيه مكتفيا بمتابعة فتاة أحلامه بنظراته فى غدواتها وروحاتها ومعرفة كل صغيرة وكبيرة عنها . وكان ينجح فى دراسته وتنجح هى أيضا لتستمر الزمالة .

وفى بداية السنة الدراسية الرابعة واتته الجرأة فبعث إليها بعنوان الكلية خطابا يبثها فيه غرامه ولوعته ... وفوجئت الفتاة المحافظة بهذا الخطاب ... وشهد أحد ممرات الكلية أمام الزملاء مشهداً تلقن فيه الفتاة الشاب درسا عنيفا فى الاخلاق ... وشاعت القصة وتناقلتها الألسن ... وأصبح العار يلاحق الشاب الخجول فى كل مكان .

ومر العام الدراسى وتخرجا ، ثم التحقا سويا بدراسات عليا جاءا إلينا بقصتها .

ومرت الأيام فى هذه الدراسات والشاب يحضر مبكراً ليجلس صامتاً وحيدا فى البوفية ... لا يحضر المحاضرات ... متحينا الفرص ليقى نظرة من بعيد على معبودته ... ويوما بعد يوم أخذت حالته فى التدهور ... إذ بدأ يهمل فى العناية بنفسة ومظهره . فطالت لحيته وطال شعر رأسه ، وبتوالى الايام نسى الاستحمام واتسخت ملابسه وتدهورت صحتة . وظل يتردد وهو فى هذه الحالة على نفس المكان محافظا على المواعيد الرسمية ليتخذ مكانه فى البوفيه ... يدخن بشراهة ، ولا يتكلم مع أحد حتى يأتى ميعاد الانصراف فينصرف .

لفتت حالته نظر بعض الاساتذة ، وتطوع البعض ليمد له يد المساعدة ، ولكن مساعدتهم جاءت متأخرة ، فبانتهاء العام الدراسى كانت نهايته مع الواقع .

ومنذ ذلك الوقت وحتى وقتنا هذا يرى العابر لموطن هذا الشاب رجلا على رصيف محطتها يلبس بيجاما أو جلبابا ، عارى الرأس ، أشعث الشعر يروح جيئة وذهابا على رصيف المحطة كأنما ينتظر غائبا ليعود من الصباح الباكر حتى المساء . وإذا ما شعر بالاجهـــاد يجلس على أحد المقاعد سانداً رأسة بكفيه فترة ليعاود السير على الرصيف . يراه زملاؤه السابقون ، ويتعرفون عليه ، ويحاول البعض تبادل الحديث معه ، فينظر إليهم بعينين شاغرتين دون أن ينبس ببنت شفة ... ويتركهم حيارى ...هل عرفهم ؟ ! هل تذكرهم ؟ ! هل هو معهم فى هذا العالم أم فى عالم آخر .

الحالة ب:

هذه الحالة لشاب من خريجى إحدى كليات الأزهر ... من أبناء الريف الذين يزحون عادة مع زملائهم من أبناء القرية طلبا للعلم فى إحدى المدن حيث يوجد المعهد

الديني وحيث يعيشون فى جماعات يتراوح عددها ما بين ثلاثة وخمسة تحت سقف واحد يتقاسمون الزاد الذى يأتيهم من القرية كما يتقاسمون الحصير الذى يفترشونه نهاراً وليلا ، يرعى الكبير الصغير ... ويفرض عليه سيطرته وسلطانه تنفيذاً لوصية الوالدين - وغالبا ما يكونون جميعا من ذوى القربى. وبانتهاء هذه المرحله الدراسية تنتقل الجماعة التى قد يتغير تكوينها بتخلف البعض وانضمام عناصر جديدة اليها إلى القاهرة لتعيش على نفس النمط وبنفس المستوى

تخرج الشاب من الأزهر وكان متفوقا والتحق باحد المعاهد للحصول على إجازة التدريس . وكان هذا المعهد يجمع بين أبناء الأزهر وأبناء الجامعات من الجنسين . وكانت الأشهر الأولى فية تشاهد صراعات التفاعل بين تناقضات نوعين مختلفين من التعليم: التعليم الجامعى والتعليم الأزهرى...وسريعا ما كانت تستبدل العمامة والزى الأزهرى بالزى الإفرنجى كخطوة نحو التقارب المظهرى بين أبناء الفئتين ، غير أن وحدة الزى لا تؤدى بين يوم وليلة إلى وحـــدة الاتجاهات والميول والرغبات .

لقد كان نمط الحياة الدراسية وأسلوبها ومجالها والتفاعلات الجديدة المصاحبة صعبا على بعض أبناء الأزهر وخاصة فى الأشهر الأولى . إذ كان كل فريق يسخر من الآخر ويحاول الحط من شأنه والنيل منه غير أن ذلك غالبا ما كان يتم فى جو من المرح يميز الطابع المصرى مهما اختلفت الثقافات الفرعية التى أتى منها افراده .

فى هذه الظروف فوجىء أحد أساتذة هذا المعهد بالشاب صاحب الحالة يأتى اليه غاضبا صاخبا يشكو اليه من طلبة الجامعة ...... إذ لاحظ أنه كلما دخل على بعضهم فى مكان نظروا إليه ساخرين وتغامزوا وتلامزوا عليه ...... وقد سمع الكثيرين منهم يتهامسون عليه بأنه يماكس الطالبات ... إنهم يفترون عليه ...

إنه رجل دين كيف يتهمونه بذلك ؟ فطيب الأستاذ خاطره ووعده بأنه سيمنعهم من ذلك ...

فى اليوم التالى تكررت الشكوى ... ... وزيد عليها هذه المرة أنهم يسخرون منه لأنه خلع العمامة والزى الأزهرى ... ... وارتدى زيا يبدو فيه مضحكا . وينعتونه بأنه ليس رجلا .

وفى اليوم الثالث جاء قريب له من طلبة المعهد يشاركه السكن يعلن لهذا الأستاذ أن الطالب قد أغلق على نفسه باب حجرته ورفض الخروج منها معلنا بأن المعهد أبلغ عنه رجال الأمن ليقبضوا عليه لاتهامه بمعاكسة الطالبات .

وفى نفس اليوم ذهب إليه عدد من زملائه للتحدث إليه فى أمره فخرج عليهم وفى يده سكين يدافع بها عن نفسه لاتهامه إياهم بأنهم يحاولون الاعتداء عليه جنسيا ... ... ونظراً لحالة الهياج والاضطراب التى كان فيها ...... أستدعوا له طبيبا فأحاله إلى المستشفى الأميرى الذى أحاله بدوره إلى مستشفى الأمراض العقلية .

الحالة ه :

جاء تحت ضغط والده لعله يجد فى العلاج النفسى ما عجز عنه أطباء الأعصاب. كان طالبا فى السنة الثالثة فى إحدى الكليات العملية . سنه ثمانية عشر عاما لم يرسب فى أى سنة من سنواته الدراسية، وتحصيله الدراسى فى مستوى جيد أو جيد جداً، ومشكلته هذا العام أنه لا يذهب الى الكلية وقد قضى أشهر الصيف كلها والثلاثة أشهر الأولى من السنة الدراسية بالمنزل لا يبرحه اللهم إلا مرات قليلة فى صحبة والده الذى عرضه على أكثر من طبيب من أطباء الأعصاب فى المدينة ... ... ولم يفد فى رأيه ورأى والده من العلاج الطبى ... كان أكبر إخوانه وله أخت

أصغر منه فى المرحلة الثانوية واخوان أحدهما فى المرحلة الاعدادية والثانى فى المرحلة الابتدائية . الأب موظف يملك منزله ، ودخله يكفى بحاجات الأسرة. سلوك الشاب عادى فى المنزل مادام يترك وشأنه ... ... ينفجر أحيانا فى الغضب وتتجه موجاته الغضبية إذا حدثت ضد والده فيسبه ، ويقسو أحيانا على إخوته .

وصف الشاب والده بأنه كان مدللا من الجدة التى كانت تعيش مع الأسرة لأن الأب كان وحيدها الذى عاش بعد سبعة وفيات فى الطفولة ، وأنه كان شديداً عليه فى طفولته ويخاف عليه خوفا شديداً ، أما الآن فقد انقلبت شدته إلى ضعف ، كما وصفه بالبخل والمعاناة من شعور الضعة لأنه لم يتم تعليمه ... ووصف الأم بالضعف واتهمها باهماله فى الطفولة ... ... لأنها تركت أمر العناية به لجدته ... وصف شقيقته الأصغر منه بأنها صورة منه فى الجمال ... ... ووصف نفسه بأنه جميل وذكى « ويفهما وهيه طايرة » ... إتسمت الجلسات الأولى معه بالحرص ، كما تصرف وكأن الموقف يتطلب مباراة المعالج فى الذكاء .

لم يكن تردده على العلاج منتظما إذ كان يعالج فترة ثم ينقطع ثم يعاود وهكذا . وكان والده دائما يصحبه ، وينتظره فى الخارج ليعود به إلى المنزل . وفى إحدى الجلسات كشف عن إعتداء جنسى حدث عليه وهو فى سن الخمس سنوات من صبى يكبره بحوالى ثلاث سنوات وضبطهما الأم ... وكان نصيبه عقابا صارما منها ومن الأب . وهو فى سن العاشرة راوده البقال عن نفسه ففر فزعا منه ...... ومرت مرحلة الدراسة الابتدائية والثانوية معه بسلام من ناحية الدراسة وعلاقته بزملائه ... ولما بلغ الحلم أخذ فى مزاولة العادة السرية ومارس اللعب الجنسى أحيانا مع خالة من سنه ... يدمن العادة السرية والصورة الغالبة فى مخيلته صورة

شقيقته التى كان ينام معها فى سرير واحد.. وكثيراً ماا ستغل إستغراقها فى النوم ليكشف ملابسها ويستمتع بالمنظر ... أو صورة خالته التى كانت له خـبرات عرضية معها. وتتابعت الجلسات وفى إحداها كشف عن السبب الذى يأتى فيه بوالده معه : لقد أحس وهو فى السنة الأولى فى الجامعة أنه كلما ركب الترام ينظر إليه الناس وترتسم على وجوههم إبتسامات سخرية...فأصبحت عملية ركوب الترام تسبب له عناء شديدا ... ... فيتصبب عرقا ويحاول الإشاحة بوجهه ... وأينما ولى وجهه يجد عيونا تنظر إليه وتبتسم ساخرة ... وكم من مرة سار على قدميه محطة بعد محطة ... ... ليجد محطة غير مزدحمة يركب منها الترام لأن نفس الشيء يحدث على المحطات إذا ما كانت مزدحمة ... ... وبعد أن كان الأمر قاصرا على الترام ... ... أخذ يلاحظ أن زملاءه فى الكلية يعملون نفس الشيء ... ... ثم تطور الأمر فأصبح يرى النظرات الساخرة فى أعين الناس فى الطريق وعلى جانبى شارع منزلهم المزدحم بالمحلات التجارية ... ... فأصبحت عملية الخروج من المنزل أمرا مستحيلا فإذا ما اضطر إلى ذلك فإنه يغذ السير ويطىء طىء رأسه حتى لا ينظر فى أعين الناس ... ... لذا أصبـح لا يجد السكينة إلا بالبقاء فى المنزل .

بدأ يتردد على الكلية مقاوما شعوره الذى ظل معه بأن الناس ينظرون اليه ساخرين، بيد أنه لم يكن مواظبا ومع ذلك تخرج بدرجة مقبول. ثم انقطعت صلته بالعلاج . ومرت سنتان ... ... وعلم المعالج بالصدفة أنه حصل على عمل فى القاهرة بعيدا عن بلدته بعد تخرجه ...... ووجدها الأب فرصة للابن يجرب فيها الإعتماد على نفسه فعثر له على سكن مستقل وكاد يتحقق الأمل فيه إذ تمكن فترة من مزاولة عمله بنجاح كما نجح فى رعاية نفسه، وفجأة إنقطع عن العمل وعاد إلى بلدته فزعا يأبى مبارحة المنزل ... ... وكان لابد من إيداعه المستشفى .

فئات الفصام :

يقسم الفصام تقليديا الى الفئات التالية :

١ ـ الهبفرينية Hebephrenia . ويتميز سلوك المريض من هذا النوع بالطفلية والنكوص إلى مرحلة من مراحل الطفولة الأولى التى لا يراعى فيها عرفا أو تقاليداً ، إذ أن المريض قد يمارس العادة السرية علنا دون إعتبار لمن هم حوله ، وقد يكشف عن عورته دون حياء أو تردد ، كما يتميز ببلادة العاطفة إذ قد يسمع عن وفاة أقرب المقربين إليه دون أن تهتز مشاعره وكأن الأمر لا يعنيه أو يمت إليه بصلة ، هذا بالإضافة إلى التفكير الذى لا منطق فيـــه ، والهلوسة والاوهام التى تشف عن نزعة إلى الجنسية المثالية . ويمتاز بأنه يمكن التحدث إليه ، وإن كان معظم حديثه يمتلىء بالرموز وبضرب الأمثال مما يجعل حديثة صعبا على الفهم .

٢ ـ الكتاتونية Catatonia : وتفترق الكتاتونيـــة عن الهبفرينية بتيبس صاحبها جسمانيا ونفسيا . فقد يجلس المريض الساعات الطويلة جامداً فى مكانه مطأطىء الرأس دون أية حركة ، وإذا اقترب منه إنسان لم يحس بوجوده، وإذا ما وضع فى أي وضع ثبت فيه دون مقاومة ، فإذا كانت هناك محاولة لرفع ذراعه إلى جانبه تركه مرفوعا دون إنزاله وكأنه ليس جزءا من جسمه، كما يتميز بالسلبية إذ يصعب التحدث إليه أو إشراكه فى أي وجه من أوجه النشاط ، فيعزف عن الطعام ولا يكترث بتنظيف نفسه ، كما قد ينفجز فى موجات إعتدائيه من وقت لآخر .

٣ ـ البسيطة Simple : ويندر ظهور الأعراض الحادة فى حالات البسيطة إلا أن التدهور يعتريها ببطء مستمر، ويبدو المصاب بها وكأنه واحد من ضعفاء العقول نظرا لعدم قدرته على التمييز أو التطلع إلى المستقبل ومظاهر عدم المبالاة

التى تعتريه . ويظهر المرضى به وكأنهم فقدوا كل طعم للحياة ، وتدهورهم المستمر نادرا ما يؤدى إلى استردادهم الشعور بالحياة والواقع (حالة ا) .

٤ ـ الاضطهادية Paranoid : وتتميز بالأوهام فى المعتقدات والأفكار والأفعال . وهى تختلف عن مرض جنون الاضطهاد الذى ستتعرض له فيما بعد. وأهم ما يميز المريض بها أن أوهامه أوهام غريبة خارجة عن حدود التصور ، ولا منطق فيها ولا وحدة أو تماسك . وتكون هذه الاوهام جزءا هاما من هلوسته ، وتتضمن عادة تبريرات يبرر بها المريض لنفسه أسباب مرضه وتخريفه (حالة ب) .

٥ ـ شبه العصابية Pseudoneurotic : تتشابه الإنفعالات فى شبه العصابية مع الأنواع الأخرى فيما تتميز به من ناحية البرود العاطفى والتزمت والجمود والانفجارات العدوانية . وتختلف عن الأمراض العصابية النفسية فى أن المريض بمرض عصابى نفسى يحلو له الشكوى من آلامه ووصفها وتحليلها والتفكير فيها ، بينما يصف المريض بشبه العصابية آلامه وصفا غامضا واهيا يكرره المرة بعد المرة دون ما أدنى دليل على الاستبصار والادراك لحقيقة مشاكله. وقد تعترى مثل هؤلاء المرضى فترات مرضية تتفاوت ما بين عدم الاهتمام والجمود إلى الانشغال الزائد بالأمور الجنسية والاضطراب والهياج . وقد يتطور المرض معهم إلى حالة فصام كاملة (حالة حـ) .

وتشترك كل حالات الفصام فى تبلبل الأفكار وعدم انتظامها ، وعدم المبالاة وعدم الاهتمام ، والبلادة العاطفية ، والهلوسة بأنواعها من رؤية مرئيات وسماع أصوات ، و الاحساس بأشياء لا وجود لها ، والطفلية ، وعدم القدرة على الحكم على الأشياء ، والسلبية ، وعدم التعاون ، والتدهور العقلى ، وشعور المريض بأنه فى

عالم غير عالمه الحقيق ، كما يشعر وكأن هناك شخصية فى داخليته ترقب إحداهما الأخرى . وقد يتهيأ للمريض أن نصف جسمه إمرأة ونصفه الآخر رجل يناجى أحدهما الآخر ويقبله ويعانقه أو يعاتبه ويشاجره هذا بالإضافة إلى الاضطراب الجنسى سواء فى التعبير ونوع الخبرات التى تسمح بهذا التعبير إذ قد يعبر عنه بشكل رمزى أو بالعادة السرية . وهو فى كل هذا لا يدرى ما يفعل بل يجتاحه الرعب لعدم قدرته على تمييز ما هو واقعى عما هو ليس بواقعى .

الفصام والوراثة :

يعتبر كالمان Kallman (١٩٤٦) عن درسوا العوامل الوراثية لهذا المرض دراسة وافية . فبدراسته لتاريخ حياة عائلات المرضى بهذا المرض وجد أن ١٠ ٪ منهم كان أحد الوالدين مريضا بنفس المرض ، أما إذا كان كلا من الوالدين مريضا به فنسبة إصابة الأبناء والأحفاد به تقرب من ٦٦ ٪ كما وجد أن ١٤ ٪ من إخوة وأخوات المرضى مصابون به ، و ١٦ ٪ من الأبناء و ٤٣ ٪ من الأحفاد وحوالى ٤ ٪ من بقية أقاربهم مصابون به أيضا .

وبدراسته للتوائم المتحدة وجد أنه إذا كان أحد التوأمين مصابا به ففى ٦٧ ٪ من الحالات يكون التوأم الآخر مصابا بنفس فصيلة المرض ، و ١٥ ٪ بفصائل أخرى منه ، و ١٨ ٪ فقط ينجون منه . وفى التوائم المنفصلة حوالى ١٣ ٪ يصابون به .

وفى دراسة حديثة قام بها جوتسمان وآخرون Grottasman etal (١٩٦٦) تم اختيار ٥٧ زوجا من التوائم من بين ٤٥,٠٠٠ حالة، شخصت حالة أحد التوأمين على الأقل بالفصام . وتوحى الدراسة بمقارنة نتائجها بنتائج الدراسات الأولى عن التوائم بأن هناك عاملا وراثيا فى هذا المرض إذ وجد أن إحتمال المرض

يهيء له إذا ما تعرض الفرد لمصاعب سواء أكانت هذه أعراضا جسمانيا عنيفة أو صراعا نفسيا أو غير ذلك . وقد يكون لدى الفرد الاستعداد دون أن يتعرض لأحداث تؤدى به إلى المرض به فينجو منه .

وفى بحث قام به نيوتنكو وخترتيك Nutenko & Khitrik (١٩٦٥) فى روسيا وجدا أن نفس أنماط الفصام قد وجدت فى ما يزيد عن نصف عــــدد الحالات التى تمت دراستها . كما وجدا أن هنـاك بعض العائلات التى ظهرت فيهـا عدة أنماط من الفصام المرحلى Periodical بينما كانت هناك عائلات ظهرت فيها الهيفرنية والكتاتونية والبسيطة ، وكانت الاضطهادية لا مشتركا فى الأسر التى مثل أعضاؤها كل الانماط المختلفة، وأنتهيا فى ضوء هذه النتائج إلى إحتمال وجود عامل وراثى بين الانماط المختلفة للفصام .

وفى دراسة لآلينان Alenan وزملائه (١٩٦٥) لامهات وآباء ثلاثين من المرضى بالفصام وجد أن معظم الحالات (ما يزيد على النصف) كان واحد أو كلا الأبوين ذهانيا أو يعانى من أعراض ذهانية .

الفصام والوظائف الجسمانية :

من العوامل التى درست لبيان أثرها فى هـذا المرض ، نشاط الغدد ، وكانت النتيجة سلبية إذ لم يبد أن لها أى أثر . وقد قام علماء التشريح والأعصاب ببحوث لبيان مدى كفاية الجهاز العصبى المركزى والجهاز العصبى الاوتونوى فوجدوا عجزاً فى بعض العمليات التى يسيطر عليها الجهاز العصبى، إلا أنهم فشلوا فى تحديد العلاقة بين ذلك وأسباب المرض . وقد بينت دراسات التيارات الكهربائية للمخ أن الرسوم البيانية للمرضى بهذا المرض تختلف عن رسوم العاديين إلا أنهم عجزوا أيضا عن إيجاد عامل مشترك بينها يفسر بها المرض .

الفصامى والبيئة المنزلية :

هناك من الأدلة ما يبين أن البيئة التى ينشأ فيها المريض بالفصام وينمو أبعد من أن تكون بيئة سوية إذ من الأمور المألوفةفىهذه البيئة وجود الاضطرابات بين الأبوين،وبينهما و بينالطفل،وسيطرة الامهاتعلى الابناء، وسيطرة الآباءعلى البنات فى رأى البعض من الأمور الظاهرة مما يؤدى إلى الخلط فى تقمص دور الجنس المناسب . كما أن هناك ما يدل على إنتقال السلوك المرضى من جيل إلى جيل . وقد بينت بعض الدراسات وجود تواكل مرضى symbiotic من وقت مبكر بين من مرض بالفصام واحد الوالدين (ألينان وآخرون ١٩٦٥ ، وارنج وآخر Waring et al ١٩٦٥) .

ولما كان المريض بالفصام لايصل عادة إلىحالة التدهور فجاة إذ من المألوف أن يمر المريض بفترة طويلة تبدو عليه الاعراض الممهدة للمرض بشكل يصعب معه التنبؤ بما سيؤول إليه أمره فقد دعا هذا العلماء إلى دراسة طفولة الفصامى وتتبع مراحل نموه من ناحية العلاقة بالوالدين ومن ناحية السمات المميزة له فى طفولته .

وفى دراسة لوولمان Wolman (١٩٦١) لثلاث وثلاثين حالة من المرضى وجد أن الاباء قد فشلوا فى لعب أدوارهم كاباء وكازواج ويذكر أنه يبدو أن كلا من الاب والام قد فشلا فى العطاء . إذكانت الام تطالب طفلها بالحب ، بينما كان الاب يأخذ عدة أدوارمنها المرض والثورة والهرب والتنافس معالطفل بدلا من حمايته . ونتيجة لذلك كان الطفل يضطر إلى إتخاذ إتجاه العطاء فيقلق على والديه ويتملكه الفزع .

وفى بحث لجارمزى Garmezy وآخرين (١٩٦١) لتقرير أهم المظاهر ذات

الدلالة فى الخلفيات الأسرية كما يراها الفصاميون سئل المفحوصون أن يعودوا بذاكرتهم إلى الوراء حين كانوا فى عمر ١٣ ، ١٤ سنة ويجيبوا على إستبيان عن ممارسات تربيتهم كأطفال وبيــان إتجاهات الوالدين فى ذلك الوقت . قورنت إستجابات الفصاميين ممن لهم تاريخ مرضى جيد بالفصاميين من ذوى التاريخ المرضى السيء ، كما قورنوا جميعا بعموم المرضى فى المستشفى وبعينة سوية . بينت النتائج أن هناك علاقة ذات دلالة ومباشرة بين مستوى التكيف ودرجــة الانحراف فى الاتجاهات الوالدية . ووصف الآباء بأنهم كانوا متسلطين ، أكثر مما كانوا حماة لأبنائهم أو نابذين لهــم . واختلف الاسوياء عن الفصاميين فى وصفهم للاتجاهات الوالدية على الرغم من أن جميعهم نظروا إلى الآباء كتسلطين واتهموا الأمهات بفرض حمايتهن الزائدة عليهم .

وتؤكد هــذه النتائج نتائج بحث قام به ماك جى Mc Ghie (١٩٦١) قورنت فيه أمهات الفصاميين البالغين بأمهات المرضى بالعصاب وأمهات الأسوياء (٢٠ حالة فى كل مجموعة) فى الاستجابات على استبيان عن تربية الأطفال . فتبين أن أمهات الفصاميين كن أكثر تسلطا ويبدو أنهن يخفن الجنس . وعلى اختبار لإكمال الجمل تبين تمتع أمهات الأسوياء بصحة عقلية أحسن من أمهات الفصاميين.

وقام ماك أندرو وجيرتسما McAndrew & Geertsma (١٩٦١) بفرز أوصاف صور أمهات المرضى بالفصام التى أعطاها ٢٠ من أطباء الأمراض العقلية وقد توصلا إلى ثلاثة مفاهيم تتعلق بأمهات هؤلاء المرضى :

١ ـ الأم « العدوانية » النابذة لطفلها وهى من معاناتها من شعور حاد بالذنب وعدم الأمن العام تنعزل انفعاليا عن الآخرين .

٢ ـ الأم المتسلطة التى ليست على استعداد للانحناء أمام رغبات طفلها وهذه

تعانى من أنا أعلى جامد ، تسيطر وتفتقر إلى المرونة وقد ينظر إلى هذا على أنه انعكاس يشكل قوة عصابية فى الخلق .

٣ ـ الأم الخائفة التى تشعر بعدم كفايتها ، والتى تعانى من شعور بالذنب حاد وعدم أمن تقابلها بهروب إلى المجهول والعرف مما يؤدى إلى كبت حرية التعبير عن النفس .

وفى دراسة لبرودى Brody (١٩٦١) كانت العينة من الزنوج الامريكيين المرضى بالفصام . بينت الدراسة أن أفراد العينة كانوا يشتركون فيما يلى : ـ

١ ـ عائلات أموية فى الجوهر الأم فيها عدوانية وهى المحور الذى يدور حوله نشاط الاسرة ، بينما الأب سلبى أو غائب أو بعيد .

٢ ـ وجود علاقة هامة مع فرد أكبر بقليل من نفس الجنس من الاصدقاء أو الاخوة أو أبناء العمومة أو الخال ونزعة نحو فصم هذه العلاقة قبل الانهيار .

٣ ـ وجود أمراض عقلية تتميز بعناصر اضطرب وإهتمام جسمانى وإتجاهات اضطهادية وأوهام غير منظمة .

٤ ـ نزعة نحو الجنسية المثلية أو العلنية تتضمن نشاطا جنسيا مثليا .

وفى بحث قام به لوبى شونج Lu Yi Chuang (١٩٦٢) فى أمريكا مستخدما المقابلة المركزة مع ٥٠ حالة من حالات الفصام المزمن من ذوى الاخوة غير الفصاميين (تحت سن ٣٥ سنة ، من البيض ، ومن الطبقات الدنيا ، وفى مستوى التعليم الابتدائى) ومع الاخوة وغيرهم من الافراد ذوى الدلالة بالنسبة للمرضى فوجد ما يلى : ـ

١ ـ تناقض فى توقعات الآباء من ناحية الاعتماد والاستقلال ، يزاوج ذلك المجهودات المستمرة التى كان يبذلها الاطفال قبل المرض للانصياع لكلا التوقعين.

وجود بعض الخبرات عند الولادة وأثناء الطفولة تحفز الآباء والاطفال على أن يسلكوا هذا المسلك

٣ - وجود بعض العوامل الثقافية الاجتماعية التي يبدو أنهـــا تصعد النقطة الحرجة في المشكلة وتؤدى إلى تطور الفصام.

وفى دراسة لبوللاك وزملائه Pollack et al (١٩٦٦) تم تقدير خصائص الطفولة تقديرا أعمى من تقارير الامهات وقورنت حالات ٤٤ من صغار البالغين المرضى بأشقائهم الاسوياء . بينت الدراسة إختلاف المرضى إختلافا له دلالته عن إخوتهم فى عوامل مختلفة فى الطفولة إذ كان تكيفهم عموما أقل، وقد بدأ المرض مبكرا عند الذين كانت لهم سجلات تبين إنحرافا أكثر شدة .

تفسير الفصام :

تعددت الآراء التي تحاول تفسير مرض الفصام غير أن معظم هذه الآراء لا زالت مجرد فروض لم تتحقق ، وإذا صدقت على بعض الحالات فإنها لم ترق إلى مستوى التعميم وذلك لأن مرض الفصام تتعدد مظاهره وتصنيفاته ، وهناك شك فيما إذا كان من الممكن التوصل إلى تفسير شامل يصدق عليها جميعها رغم المحاولات التي تبذل للعثور على عناصر مشتركة تجمع بينها . فهناك مثلا نوبات فصامية مؤقتة تعترى بعض الافراد ممن كانوا أسويا قبل هذه النوبات ، وتمر النوبه ويعودون إلى ما كانوا عليه من السواء دون عودة النوبات إليهم ، وهناك الحالات المرضية التي تستمر وينتهى الفرد معها إلى الانهيار التام فالفصام ليس وحدة مرضية واحدة ولكن فئة تضم مجموعة من الامراض المتعددة لها مظاهر مشتركة أهمها غرابة الاعراض وتشوشها ، وكذلك غرابة الافكار والانفعالات وصعوبة التنبؤ بها . فالمشكلة التي يجابهها علماء الطب العقلى وعلماء النفس هى : هل تعزى هذه الخصائص المشتركة إلى عمليات عقلية مشتركة ؟

١ - التفسير الفرويدى :

يفسر الفرويديون الفصام بعملية « النكوص » ، ونكوص الفصامى يختلف عن نكوص العصابى فى أنه نكوص يعود إلى مرحلة تسبق أى مرحلة ينكص إليها أى مريض بالعصاب . ففى شرحنا لنظرية فرويد فى الفصل الثانى بينا أن الأنا تتكون تدريجيا نتيجة التفاعل مع الواقع الخارجى. والطفل فى البداية لاتمايز عنده مظاهر الجهاز العقلى الثلاثة الانا والانا الأعلى والهى . ويطلق على هذه المرحلة - مرحلة عدم التمايز إسم مرحلة النرجسية الأولية . والفصام عند الفرويديين هو نكوص إلى هذه المرحلة التى كانت فيها الأنا غير متمايزه أى نكوص إلى النرجسية إذ يفقد المريض اتصاله بعالم الاشياء أو عالم الواقع وتتحطم أناه . وتشير بعض أعراض الفصام على أنها تعبير لنكوص تحطمت فيه الانا ومحاولة إنفصامها عن عالم الاشياء الذى ساعد على تكونها والعودة إلى المستوى البدائى ، كما تشير بعض الاعراض إلى محاولة المصالحة والترميم. ويدخل فى الاعراض من النوع الأول التخييلات التى تتضمن الرغبة فى تحطيم العالم ، والاحساسات الجسمانية ، وانفصام الشخصية (غربتها وغرابتها للشخص نفسه) واوهام العظمة ، والطرق البدائية فى التفكير والكلام ، وبعض الاعراض الهبفرينية والكتاتونية . ويدخل فى الاعراض من النوع الثانى الهلوسة والاوهام ومعظم السلوك الاجتماعى والكلام الشاذ للفصامى والاعراض الكتاتونية الاخرى .

والخلاصة أن الفصامى يفشل فى تنظيم العلاقة بالموضوعات بطريقة واقعية لانقطاع الرابطة الإنفعالية بالموضوعات والنكوص إلى مرحلة عالم ماقبل الاشياء قبل تكون الأنا .

لقد تمت دراسات عديدة لتحقيق صدق فرض النكوص وتحطم الأنا

واجتياح الحى لها . واتخذت بعض الدراسات إتجاه مقارنة تفكير الفصاميين بتفكير الاطفال ولغتهم لبيان ما إذا كان الفصام يمثل نكوصا إلى مرحلة بدائيـــة طفلية وأن تفكير الفصاميين يشبه تفكير الأطفال . واتخذت بعض الدراسات الأخرى إتجاه مقارنة الفصاميين بالبدائيين لبيان ما إذا كان السلوك الفصامى نتيجة للنكوص يشبه السلوك البدائى . ويضيق المقام عن عرض هذه البحوث وتكفى الاشـــارة إلى بحث قام به تشابمان Chapman (١٩٦١) وآخرون صمموا فيه إختبارين لتقدير إستخدام الكلمات المختلفة ، وقورنت إستجابة تلاميذ المدراس الابتدائية عليها بإستجابات الفصاميين فتبين لهم أن تفكير الفصاميين فى بعض العمليات وإن كان يشبه تفكير الاطفـــال إلا أن الاختلافات بينها أكبر ويرفضون بالتالى فرض النكوص .

أما المقارنة بالبدائيين فقد أوضحت أيضـــا إختلافات بين المرضى بالفصام والبدائيين ورفض فرض النكوص على أساس أن البدائيين أنفسهم يوجد فيهم حالات مرض الفصام .

وإذا كانت بعض البحوث لم تؤكد صحة هذا الفرض فلا يعنى هذا رفضه إذ لازال الفرض قائما تحت التمحيص. ويرى العالم السويسرى ستشيهاى Sechehaye (١٩٦٥) أن أنا الفصامى ليست محطمة تماما كما يبدو إذ يبين التحليل الديناميكى ثلاث عناصر فى أنا الفصامى هى : الأنا البالغة ، والأنا الناكصة، والأنا المخرفة ، ووظيفة المعالج محاولة توحيد هذه العناصر وخفضها وتسويتها .

٢ ــ التفسير البافلوفى :

يرى بافلوف أن ردود الفعـــل الفصامية تعود إلى انتشار نوع من الكف الوقائى فى المخ . ونظراً لضعف خلايا المخ عند الفصامى تصبح المنبهات العادية

حادة وتؤدى بالتالى إلى تكوين الكف الوقائى . ويتكون الكف عادة فى القشرة ولكنه قد يصل إلى جذع المخ . وتتوقف الصورة الاكلينيكية على قوة ومدى عملية الكف . فنوبات الهياج فى الكتاتونية مثلا تحدث فى الحالات التى يكون الكف عندها فى القشرة فتفقد سيطرتها على طبقات ما تحت القشرة لذلك تكون حركات الكتاتونى فى نوبات الهياج مضطربة غير منتظمة وغير متناسقة . ويختلف الهياج الكتاتونى عن الهياج فى مرض الهوس والاكتئاب فى أن القشرة فى الحالة الثانية تكون فى حالة استثارة وبالتالى تكون لها السيطرة على الحركات التى تكون فى العادة هادفة .

ومن المعروف أن الكفايين Caffeine يقوى من عمليات الاستثارة فاعطاء جرعات منه للمرضى بالكتاتونية فى حالة الهياج يؤدى إلى التهدئة أما فى حالة هياج المريض بالهوس فإن جرعات الكفايين تزيد من هياجه ويعزى ذلك إلى أن هذه الجرعات فى الكتاتونية تزيد من استثارة القشرة ، وبالتالى تؤدى إلى قيامها بوظيفتها التنظيمية على عمليات طبقات ما تحت القشرة .

أما هياج الهيفرينى فيفسر على أساس إرتباطه بكف جزئى فى القشرة وفك عقال الكف فى طبقات ما تحت القشرة .

ويفسر التخشب الكتاتونى على أساس الكف الذى يعترى كلا من القشرة وطبقات ما تحت القشرة .

وتقسم سلبية الفصامى إلى سلبية إيجابيـــة وسلبية سلبية. فى السلبية السلبية لايستجيب المريض لما يؤمر به فإذا طلب من المريض على سبيل المثال الوقوف فإنه يظل جالسا . ولا يستجيب المريض أحيانا لما يطلب منـه إذا قيل له فى صوت مرتفع أو بنغمة عادية ولكنه ينفذ الأوامر إذا همس له بها فى أذنه . ويعزى هذا إلى وجود مرحلة التناقض . أما إذا رفض المريض الاستجابة لما يطلب منه سواء بصوت مرتفع أو بالهمس فيعزى هذا إلى وجود مرحلة مافوق التناقض .

أما السلبية الايجابية فلها ديناميكية أخرى إذ يحدث على سبيل المثال أن يطلب من المريض مد ذراعه فيثنيه والعكس بالعكس وهذا يعزى إلى أن مجموعة عضلات الثنى والمد لها مراكز محددة فى القشرة فطبقة لقانون التوالد السلبى negative induction فحين يستثار مركز الثنى فان مراكز المد يعتريها الكف فإذا طلب من الفرد مد ذراعه فان منبها محدداً ينتقل إلى مركز المد ، ومن الطبيعى أن يستثير هذا المنبه مركز المد فيمد المريض ذراعه ، غير أن الأمر لا يحدث بهذا الشكل عند الفصامى حين تكون خلايا القشرة ضعيفة فالمنبه الذى ينتقل إلى الخلايا الضعيفة يؤدى إلى الكف الوقائى بدلا من أن يؤدى إلى الاستثارة وطبقا لقانون التوالد الايجابى يؤدى الكف الذى اعترى مركز المد إلى استثارة مركز الثنى فيثنى المريض ذراعه .

وتعزى «الآنية أو التقوقع الذاتى» autism واضطراب التفكير فى الفصامى إلى الكف فى القشرة إذ يفسرا لتقوقع الذاتى بوجود مرحلة التناقض فى القشرة ومنها تكون الاستجابة للنبهات الضعيفة أقوى من الاستجابة للنبهات القوية . لذا تكون آثار الخبرات الماضية والمفاهيم الماضية أهم لدى المريض من المنبهات الحالية . ويتضح لنا تبعا لذلك لماذا لايجيب المريض المصاب بالتقوقع الذاتى عن الأسئلة إجابات مباشرة . فإذا ما أعطى جرعات من الكفايين أعطى الاجابات المطلوبة .

ويرى الماديون أن ردود الأفعال الفصامية الأساس فيها هو ضعف خلايا المخ والسبب فى هذا الضعف تسمم الكائن الحى كله بما فى ذلك المخ واختلال العمليات الميتابولية وخاصة البروتينية . أما سبب هذا التسمم فليس معروفا حتى الآن . وقد أثبت البحث الميكروسكوبى للمخ وجود إختلالات عضوية فيه .

٣ — تفسيرات اخرى :

يتبين من عرضنا للبحوث التى تناولت علاقة الفصامى بالأبوين وطفولته أنها حاولت تأكيد عملية التفاعل الاجتماعى والموقف الاجتماعى والعلاقات المتبادلة بما يتفق وإتجاه مار والفرويديين المحدثين ومدرسة الذات ويمكن تلخيص الآراء التى قدمت فيما يلى : -

١ - فشل الآباء فى لعب أدوارهم كأزواج وكآباء وعدم إمتصاص الطفل لدوره السليم من الآب من نفس جنسه ، فاهتز دوره تبعا لسنة وجنسه ، أو جمد على الدور غير المناسب .

٢ - بعد أن رفض وولى Woolley (١٩٥٢) الأسباب العضوية أو الكيميائية الحيوية أو الانماط الجسمانية أو العوامل الوراثية كتفسير لردود الفعل الفصامية عرف الفصام على أنه شكل حاد من ردود الفعل الحادة للخوف مساوية لحالات الرعب . أما فى الحالات المزمنـــة فهى ردود أفعال مختلفة تتمثل فى الهيفرينية الاضطهادية، وأن هذه الردود متعلمة وتوجد عملياتها فى مجال العلاقات الانسانية الديناميكى . والدليل على أنها ردود أفعال تمثل حالات رعب الهياج الذى يعترى المريض بالكتاتونيا ويتمثل فيه الرعب بأجلى مظاهره . ولا يعنى هذا أن جميع حالات الرعب تعتبر ردوداً فصاميــة . إن الرعب الفصامى ينتج فى العادة عن منبهات ضعيفة لا تستدعى مثل هذه الردود .

وبعد أن استعرض عدة حالات إستولى عليها الرعب من مواقف لاتستدعى ذلك فانهارت وشخصت بمرض الفصام وجد أن العامل المشترك فيما آل اليه أمر هذه الحالات هو وجود إندفاعات للجنسية المثلية . ففى إحدى الحالات إنهار الشخص واحتواه الهياج وهو جالس فى مقصف الحلاق عاجزاً ودخل عليه رجل

ضخم كثيف الشعر ذو نظرات قاسية ، بينما انهار آخر حين راوده شخص عن نفسه على سطح سفينة . ويستدرك وولى ويذكر أنه ليس من الضـــروري أن يكون السبب المباشر الشعور بخطر الجنسية المثلية ، فقد يحدث الانهيار فى بعض الأحيان لوجود الرغبات الجنسية نحو المحرمات ، أو لاقتراف ذنب يعاقب عليه القانون ، أو الفشل فى العلاقات الجنسية مع الجنس الآخر ، أو للشعور بالجبن فى موقف من المواقف، أو عدم السلوك كرجل فى موقف يستدعى إبراز الرجولة وبالنسبة للمرأة لعب دورها كأنثى .

أما عن تكوين شخصية من أدت بهم هذه المواقف إلى الانهيار فتبين دراستها أن الأم كانت تتصف بالبرود العاطفى، والسيطرة، والنرجسية ،وعدم العطاء فى الحب للطفل، ورغبات لاشعورية فى موته تغطى فى غالب الأحيان بالحماية الزائدة والتدليل، ويحس الطفل شعوريا أو لاشعوريا بكل ذلك فيعتريه قلق يصعب تفسيره.

خلاصة :

نختتم العرض بما إنتهى اليه كايند Kind (١٩٦٥) بعد أن استعرض كل ما كتب عن الفصام فى بحر ثلاثين سنة حتى سنة ١٩٦٥ إذ يذكر أن هناك اتجاها فى النظريات السببية يبين أنها تقوم على مسلمات مسبقة بدلا من أن تقوم على ملاحظات غير متميزة كما يستخلص ما يلى : ــ

١ ـ إن الاستجابات الفصامية والتى كانت تساق الأدلة على أنها نتاج لصدمات نفسية قد قل الاعتماد عليها .

٢ ـ من الممكن الوصول إلى نتائج إيجابية بالعـــلاج النفسى مع المرضى بالفصام المزمن .

٣ ـ يرتبط الوسط العائلى إرتباطاً وثيقا بظهور ردود الافعال الفصامية .

٤ ـ يأتى الفصاميون فى الغالب من الطبقات الدنيا والمهاجرين .

٥ ـ إن تأكيد عامل الوراثة لم يعدله القيمة الكبرى والتأكيد حاليا على تفاعل الفرد مع وسطه الإجتماعى وتاريخه وتكوينه الجسمانى .

وتتعدد الدراسات التى تبين أن المرضى بالفصام قادرون على الانتاج وأن برامج التدريب المهنى من الممكن أن تكون برامج علاجية وإنتاجية فى نفس الوقت ، وأن كثيراً منهم من الممكن أن يتكيفوا مهنيا تكيفا سليما بعد الخروج من المستشفى . (أولشانسكى وآخرون ١٩٦٠ ، كونته Conte ١٩٦١، باترسون Patevson ٩٦٢ ، وادزورث وآخرون Wadsworh et al ١٩٦٢) .

الفصل الحادى عشر

الاضطرابات الانفعالية

ذهان الهوس والاكتئاب

لمحة تاريخية :

من الأعراض التى وصفها ابقراط فى القرن الرابع قبل الميلاد الميلانخوليا (الاكتئاب) والهوس. ومنذ القرن الأول الميلادى والأطباء يرون أن الاكتئاب والهوس مظهران لمرض واحد. وفى سنة ١٨٥١ قدم الطبيب الفرنسى فالريت كما سبق أن ذكرنا مصطلح الجنون الدورى Folie circulaire كما قدم بايلارجر مصطلح « الجنون ذو الوجهين » Folie a double forme على أساس ان الهوس والاكتئاب يتناوبان كمظهرين لمرض واحد واعتبر كرايبلين كل حالات الاكتئاب وكل حالات الهوس والهياج مظاهر لعملية مرضية واحدة ذات قطبين يحتل الهوس احدهما والاكتئاب الثـــانى . ومع ذلك فهناك من يعترض على وضع المرضى بالهوس والمرضى بالإكتئاب فى فئة واحدة . وهناك ما يبرر هذا الاعتراض بيولوجيا ونفسيا .

١ ـ الهـوس

يعرف الهوس بأنه حالة هياج يبدو فيها المريض فى حالة نشوة ونشاط زائد وتتفاوت هذه الحالة فى الدرجة مما دعا الأطباء إلى تقسيم الهوس إلى منخفض Hypomania وحاد acute ، وحاد زائد hyperacute.

الهوس المنخفض :

يبدو وكأنه حالة عارضة من حالات النشوة يزداد فيها النشاط العام والتجلى فى فرد كان فى العادة هادئا ومستكينا وتبدو هذه الحالة فى أعين المحيطين بالفرد وكأنها ظاهرة طيبة تدل على تغيره إلى الأحسن فيشجع على الاستمرار فيها . وقد يعقب الهوس المنخفض حالة من حالات الاكتئاب . ويمكن تشبيه حالة المرء فى هذه الحالة بالمخمور الذى لم يفقد وعيه إذ يكون فى حالة نشوة ومرح أو عدوانيا منطلقا فى الكلام جريئا واثقـــا من نفسه ثقة زائدة عن الحد مخاطرا متحديا الصعاب . ويعانى المريض فى هذه الحالة من عـدم النوم والامساك وفقدان الوزن .

ويصعب اقناع المريض ومن حوله بأنه ليس على ما يرام لأنه يشعر بأنه فى أحسن حالاته . ومع ذلك فقد يغامر بتنفيذ أفكار أو القيام بمشاريع قد يكون فيها خطر على مستقبلة الاجتماعى والاقتصادى والشخصى . وقد تستمر نوبة الهوس من هذا النوع مع المريض عدة أسابيع وتمر بسلام دون علاج ودون الحاجة للايداع فى المستشفى غير أن التصرفات التى تتم خلالها قد يكون لهـا اضرارها على الفرد وسمعته .

الهوس الحاد :

وفيه يشعر المريض بالنشوة والاضطراب ويبدى نشاطا زائدا يشعر معه بثقة بالغة فى نفسه وفى قوته ، ويبدو مشغولا دائما ، قليل الصبر ، عزيزا عليه النوم ، ويغنى ويرقص متحديا غيره ، مظهرا الغضب ، محاولا الشجار لإظهار قوته أو للسيطرة ، كما يتحدى المسئولين عنه أو المشرفين عليه ، ويكثر الكلام طارقا موضوعا بعد الآخر دون وجود رابطة بين الموضوعات الكثيرة التى

يطرقها . وقد يلجأ إلى السجع وضرب الأمثال والسب والوقاحة : وقد تنقلب موجة تشاطه إلى غضب وثورة خاصة إذا ما اعترض سبيله أى معترض . ونظرا للمشاكل التى يخلقها المريض فى هذه الحالة بمشاكسة غيره من المرضى ومعاندتهم وتحديهم ومحاولة التدخل فى كل شىء والسيطرة على الموقف ، فقد تحتم الضرورة عزله لصالحه . ولا تلجأ كثير من المستشفيات فى البلاد المتمدينة إلى إستعمال العنف أو قيد المريض إذ أثبتت التجارب أن ضرر هذا أكثر من نفعه . ويهمل المريض فى حالات التجلى حاجات النظافة وما تقتضيه لعناده . إلا أنه بالرغم من هذه الوقاحة والعناد وعدم تحمله للنقد تكون عنده حساسية زائدة وكبرياء يمكن إستغلالها بإظهار الاحترام له ومعاملته معاملة حسنة وإظهار الصداقة له مما يؤثر فيه تأثيرا بالغا .

الهوس الحاد الزائد :

إذا وصل الهوس الحاد إلى درجة أصبح فيها المريض خطرا تصعب السيطرة عليه وأصبح نشاطه مصحوبا بهلوسة وتفكيره مهوشا مليئا بالاوهام قيـــل إنه فى حالة « هوس تهريفى » delirious mania أو هوس حاد زائد hyparacute mania . ونظرا لخطورة مثل هذه الحالات لتحميل الجهاز التنفسى والقلب أكثر من طاقتها سميت هذه الحالة بأسماء عدة ، منها الانهيار التهريفى ، والتهريف الخطير ، والتيفومانيا ويرى الكثيرون أن الهوس الزائد ليس إلا صورة من صور الهوس الحاد مما لا يستدعى تخصيص تصنيف منفصل له .

٢ـ الاكتئاب

ميز أبقراط فى قديم الزمان مالا يقل عن ست أنواع من مرض الماليخوليا (الاكتئاب) غير أن الصورة الاكلينيكية التى أعطاها لبعض هذه الانواع يمكن

أن تنطبق فى ضوء الطب العقلى الحديث على ذهان الاضطهاد وذهان الفصام والعصاب . وفى القرن الأول الميلادى وصف اريتايوس Aretaeus هـــذا المرض غير أن بعض أوصافه إذا محصت لا تنطبق على مرض الاكتئاب كما هو معروف حاليا. واستمر الخلط حول طبيعة هذا المرض وأسبابه وعلاجه على مر العصور . ثم تبلورت الجهود فى تصنيف كرابيلين الذى ميز ستة أنواع من الاكتئاب هى الاكتئاب البسيط ، والاكتئاب الذهولى ، والماليخوليا الخطيرة، والماليخوليا الاضطهادية ، والماليخوليا الوهمية ، والماليخوليا التهريفية . غير أنه غير من رأيه بعد ذلك واعتبر كل أعراض الاكتئاب بما فى ذلك الاكتئاب التحولى involutional melancholia مظاهر لمرض واحد هو ذهان التواب أو الذهان الدورى . وهــذا هو الاتجاه المتبع حاليا مع فصل الاكتئاب التحولى واعتباره مرضا منفصلا على أساس أن الاسباب فيه تختلف عن أسباب كل أنوع الاكتئاب الأخرى .

ويشعر المريض بالاكتئاب بموجة من الحزن والانقباض والرغبة فى البكاء ويفقد قدرته فى السيطرة على نفسه إذ يصعب عليه كبح موجة الاكتئاب ، وتعتريه فترات يفقد فيها ذاكرته ويصعب عليه إدراك ما حوله ، فتعتريه البلادة الذهنية، ويختل تفكيره ، ويبدو وكأنه يعانى من كابوس بغيض . ويعبر المريض عن شعور مرير بالذنب متهما ذاته مبينا مدى احتقاره لها ومدى جدارته بأقسى العقاب الذى يتوقعه من أى فرد فى أى لحظة . ويصعب انتشال المريض من كربه ، فيفقد الشهية ولا ينام إلا غرارا، ويعجز عن القيام بأى وجه من اوجه النشاط العادية، وقد يستدعى الامر إطعام المريض بالقوة . ومن الاعراض المألوفة شكوى المريض من جفاف الفم والحلق ومن كثير من الامراض الجسمانية التى لا وجود لها

وتكون هذه الشكوى جزءا من أوهامه وتتركز عادة حول وظائف المعدة والأمعاء. وقد يصر بعض المرضى على عدم وجود معدة أو أمعاء لهم. ويخشى على كثير من هؤلاء المرضى من محاولة الانتحار.

وجدير بالذكر أن هذا المرض يحتل المرتبة الثانية فى الأهمية بعد مرض الفصام إلا أنه يفترق عنه فى أن نسبة كبيرة ممن يصـــابون به تشفى عادة منه. ونادرا ما يصيب هذا المرض فردا تقل سنه عن ١٨ سنة كما أن نسبته بين النساء أعلى مما هى عليه بين الرجال.

ويمكن تقسيم الانقباض إلى: خفيف وحاد وذهولى.

ويبدو الاكتئاب الخفيف فى شكل شعور بالاجهاد وثبوط العزيمة وعدم الشعور بلذة الحياة وقد يحاول اصدقاء المريض إنتشاله من كربه بالترويح عنه، وقد ينجحون وقد لا ينجحون وغالبا ما تؤدى مثل هذه المحاولات إلى زيادة شعوره بالتعاسة وفقدان الثقة بالنفس ويعترى البطء تصرفاته وكلامه وتفكيره، ويصبح نومه عزيزا كما يعانى من الإمساك وفقدان الشهية. وقد لا يعير البعض إهتماما لمثل هذه الحالات ويفسرونها على أنهـــا نوع من الشعور بالإجهاد أو الملل غير أن خطر إنتحار المريض الذى يعانى من مثل هذه الحالات كبير. بل إن خطر محاولة اقتراف جريمة القتل ضد الآخرين موجود أيضـا إذ قد يرى المريض أن الحياة ستكون مظلمة بالنسبة لاولاده وزوجته ومن يعولهم فيحاول أن يخلصهم منها. ومن الممكن أن تمر هذه الحالات دون إيداع فى المستشفى غير أن خطر محاولة الانتحار يتطلب من المعالج أن يكون حذرا ومن الأسرة أن تكون على وعى ودائمة الملاحظة للمريض.

أما فى الاكتئاب الحاد فينطبق عليه الذى سبق أن قدمناه فى تعريفنـا بهذا المرض.

أما الاكتئاب الذهولى فيمثل أقصى درجات الحدة من المرض . فإذا ترك المريض وأمره فإنه يظـــل راقدا دون حركة وليس لديه أى إستعداد للاستجابة فيعزف عن الأكل والشرب . وإذا وضع له الاكل فى فه تركه دون مضغ حتى يتم إخراجه منه . ويهمـل المريض عمليـات الاخراج تماما ويكتم برازه مما قد يؤدى إلى الاضرار به إذا لم يتم إخراج البراز يدويا . ويصعب فى بعض الاحيان التميز بين الاكتئاب الذهولى والفصام الكتـاتونى لتشابه حالة الذهول والتخشب التى يكون عليها المريض فى كل منها .

ويطلق على الاكتئاب الخفيف والحاد والذهولى مصطلح الاكتئاب التأخرى retarded deprssion للتفريق بينها وبين حالات الاكتئاب التى يعترى فيها المريض الاضطراب والهياج agitated depression إذ تعترى فيها المريض حالات تماثل الذى يعانى من القلق إذ يعجز عن الاستقرار فى مكان واحـــد ، ويتحرك هنا وهناك منطلقا متهما نفسه بكل الاتهامات، معبرا عن عجزه وضيـاع أمله فى الحياة ، ويعانى من عدم النوم وفقدان الشهية وفقدان الوزن متوقعـــا العذاب والعار . ويحتاج مثل هؤلاء الافراد للرعاية خوفا من نزعاتهم الانتحارية.

نشير أخيراً إلى نوع من الاكتئاب يصيب الافراد غالبا فى الاعمار المتوسطة والمتأخرة وخاصة النساء فى العمر ما بين ٤٠ - ٥٥ سنة والرجال ما بين ٥٠ - ٦٥ والمعروف أن هذه المرحلة يطلق عليها مرحلة سن اليأس . وتتمثل الاعراض فى شعور المريض بالاضطراب والعجز عن النوم ، والشعور بالتفاهة مع إتهام الذات والرغبة فى الموت، فإذا كانت إصابة المريض بمثل هذه الحالة الاولى من نوعها فى حياته شخص المرض « اكتئاب تحولى» ... أما إذ كان فى تاريخ حياته نوبات مماثلة كان التشخيص « ذهان دورى »

ومن الناحية النفسيه يرى البعض أن الأشخاص الذين يصابون بنوبات الكآبة والحزن فى هذا المرض يكونون عادة قبـــل إصابتهم من النوع المتزمت الذى يتحكم فيه ضميره فيقسو على نفسه ، ويحاسبها حسابا عسيراً ، وينحو نَحْوَ الدقـة فى أعماله مبتغياً الـكمال فى كل شىء خوفا من نقد الغير له ولومه ، كما يميل إلى التضحية وإنكار الذات ، مما قد يعرضه لاستغلال من لاضمير له ممن حوله،ولديه الإستعداد لتحمل أخطاء الغير والوقوف دائما فى صف الضعيف ،فإذا ما أصابته مصيبة تحملها بصبر دون شكوى أو مضض . وهو خجول متواضع يميل دائمـا إلى الانتقاص من قـــدر نفسه ومن كفاءته ، ويصعب عليه الـكذب ، فإن حاول كانت محاولاته كمحاولات الأطفال،ويؤنبه ضميره عليها ، وهو عادة أمين يمكن الإعتماد عليه .

أما الذين ينتابهم المرض فى مظهره الآخر،فهم عادة من النوع الاجتماعى الذى يحب الاختلاط والمزاح، وهو ثقيل فى مزاحه لايرعى شعور الغير، كما أنه محدث لبق ، ومغازل ماهر للجنس الآخر. ولايقف أمامه عائق فى سبيل تحقيق أغراضه ولايتورع عن الـكذب دون حياء أو خجل،ويسعى إلى الناس، ولايحتمل البقاء وحده ، وهو قادر على بذل الجهد والنجاح فيما يندمج فيه من عمل إن أراد ذلك، وهو عادة يتأرجح بين الدهاء وبراءة الطفولة وقـــد يشارك الغير فى شعورهم إلا أنه عاجز عن تقدير أو فهم إختلاف غيره عنه فى الرأى، ولديه القدرة على وزن الآخرين وتبيان نواحى قـدرتهم ونواحى ضعفهم ، إلا أنه عاجز عن تقدير شعورهم نحوه .

دراسات حول الاكتئاب :

١ - اعراض الاكتئاب :

قام روزنتال وآخرون (١٩٦٦) بدراسة ٥٠ حالة من الإناث المــــرضى بالا كتئاب لبيان أهم أعـراض الا كتئـاب بتطبيق التحليل العاملى فتوصلوا إلى ٢٥ عرضا . وتبين أن بعض الأعراض يجمع بينها عامل واحد هى فقدان النوم ، وحدة المزاج ، والبلادة ، والشعور بالذنب ، وتأنيب الذات ، وفقدان الوزن ، وأنماط من الهواجس والاضطرابات وفقدان الاهتمام بالحيـاة . ويتفق العامل الذى يجمع بين هـذه العناصر والصورة الا كلينيكية الـكلاسيكية لهـذا المرض ويرتبط إرتباطا سلبيا بعوامل البيئـــة والشخصية الهستيرية . ويرى روزنتال وزملاؤه أنه لم تـكن هناك عوامل بيئية مبـاشرة أدت إلى المرض كما أن الشخصية كانت متوافقة نسبيا قبل المرض .

٢- الاكتئاب وفقدان احد الابوين :

لما كان هناك رأى يعزو زيادة الاصابة بهـذا المرض إلى البيئة وفقدان أحد الأبوين أو كليهما فقد تعددت الدراسات التى تحاول بيان صحة هذا الرأى . فقد وجد براون(١٩٦١) فى مجموعات غير مختارة من المرضى بالإكتئاب أن نسبة ٤١٪ منهم قد فقدوا أحد الأبوين قبل سن ١٥ سنة . وتزيد هذه النسبة على النسبة فى المجموعة التى اتخذها كمجموعة ضابطة وعن النسبة فى الاحصاء العام . كما وجد أن فقدان الام له دلالة فى جميع الاعمار أما فقدان الاب فلة دلالة بالذات فى العمر مابين ٥ - ١٤ سنة ويوحى البحث بأن فقدان أحد الوالدين له أهميته فى تشخيص حالات الا كتئاب. ويرى براون أن الا كتئاب الذى يأتى فى مرحلة متأخرة من العمر قد يكون من أسبابه جزئيا نبذ فى موقف أحيا إكتئابا غرس فى الطفولة .

وفى بحث قام به بك Beck وزملاؤه (١٩٦٣) طبقوا فيه اختبارا يقيس

الاكتئاب على ٢٩٧ مريضا فى أحـــد المستشفيات واختاروا مائة من ذوى الدرجات العالية على الاختبار ومائة من ذوى الدرجات المنخفضة فتبين لهم أن ٢٧ ٪ من ذوى الدرجات العاليـة و١٢ ٪ من ذوى الدرجات المنخفضة قـد فقدوا أحد الابوين قبل سن ١٦ سنة وكانت نسبة من فقدوا أحـد الابوين قبل سن أربع سنوات عالية بين ذوى الدرجات العالية .

وتتفق النتـــائج فى البحثين السابقين مع نتائج البحث الذى قام به مانرو Munro (١٩٦٦) فى انجلترا إذ قارن مجموعـة تتـكون من ١٥٣ حالة تعانى من الاكتئاب بمجموعة ضابطة من الاسوياء تتكون من١٦٣ فردا لبيان ما إذا كانت هناك إختلافات من ناحية عامل الانفصال بين الطفل ووالديه . وكانت نسبة من يعانون من اكتئاب حاد فى العينة التجريبية تـكون حوالى ثلثى أفراد العينة . وقد وجد أن نسبة كبيرة منهم قد فقدت أحد الوالدين بالموت قبل سن ١٦ سنة . وهو يرى أن موت الأب أو الأم لا يبدو أن له أهمية خاصة فى تشخيص الاكتئاب بيد أن الذين كانوا يعانون من اكتئاب حاد ظهر أن العلاقات كانت مضطربة مع الوالدين فى الطفولة كما تواترت بينهم نسبة وفيات الامهات بالسرطان وهذا قد يوحى إما أن هناك عاملا مشتركا فى الكيمياء الحيوية أو أن رؤية وفاة الأم بعد مرض طويل يهيىء للاكتئاب .

وإن كانت البحوث السابقة توحى بأن فقدان أحد الوالدين له صلة بهذ المرض فإن البحث الذى قام به هو بكنسن وريد Hopkinson & Reed (١٩٦٦) فى انجلترا ينفى ذلك فقد قاما بتوزيع ٢٠٠ حالة من نزلاء أحـد المستشفيات ممن يعانون من الاكتئاب حسب العمر الذى تم فيه فقدان أحد الأبوين فوجدا أن نسبة ١٩,٥ ٪ قد فقدت أحد الوالدين أو كليهما قبل سن ١٥ سنة . وهذه النسبة فى رأيهما أقل بكثير من النسب التى أعطتها الدراسات الأخرى ولا تفترق عن النسبة التى وجدت فى العينة التى إتخذاها كعينة ضابطة . وقد يعزى هذا الإختلاف إلى إختلاف العينات .

تفسير الاكتئاب

١ ـ التفسير الفرويدى :

ظهر لنا من عرضنا للامراض العصابية النفسية وذهان الفصـــام وذهان الهوس والاكتئاب أن حالات الاكتئاب قد تكون عصابية أو مصاحبة لمرض عصابى . والرجع العصابى بالذات يتميز بسيادة حالات الاكتئاب التى يكون لها سبب مباشر مثل الكوارث التى تلم بالفرد مادية أو معنوية أو إجتماعية . وهكذا قد يكون الاكتئاب عرضا لمشكلة عصابية أو إضطراب عضوى . كما ينتاب الاكتئاب الشخصيات ذوى النزعات العصامية والنزعات الانطوائية . ويمكن القول بتحفظ أن الاكتئاب يصاحب كل حالات العصاب .

ويرى الفريديون أن الفرد المهيأ للاكتئاب جمـــد على مرحلة يتوقف فيها تقديره لذاته على الإشباع الخارجى من الآخرين أو أن شعوره بالذنب ينكص به إلى هذه المرحلة حيث يصبح فى حاجة للاشباع الخارجى، فإذا لم يتم إشباع حاجاته النرجسية يصبح تقديره لذاته فى خطر ويكون حينئذ على إستعداد للقيام بأى عمل ليرغم الآخرين على أن يشركوه فى مصادر قوتهم . ويؤدى جمود هؤلاء الأفراد على مرحلة طفلية إلى مقابلة الاحباط بالعنف . ويؤدى بهم جمودهم على المرحلة الفمية للوصول إلى ما يريدون بالخضوع والذلة وهكذا يجدون أنفسهم فى صراع بين أسلوب العنف وأسلوب الخضوع . والاكتئاب العصابى يمثل محاولات يائسة لارغام مصادر الاشباع الخارجية على أن تكون طوع يد المريض بينما الاكتئاب الذهانى يمثل الفقدان التام لهذه المصادر .

ويمثل ذهان الاكتئاب عند الفرويدين جموداً على المرحلة الفمية لهذا كان من أعراض هذا المرض الامتناع عن الأكل أو الشراهة فيه . وكثيراً ما ينكص

المريض بهذا المرض إلى أوجه النشاط التى تتميز بها هذه المرحلة كمص الاصابع. وكثيرا ما تحتوى تخييلاتهم على أفراد أو أعضاء من أفراد أكلوها.

ويمثل جمودهم على هذه المرحلة الحاجة العنيفة للحب ومحاولة التأثير على الآخرين لاستعادة تقديرهم لذواتهم بالتذلل وإتهام الآخرين بعدم حبهم لهم بل والثورة على مصادر الحب ومحاولة تحطيمها. ورغم ما يبدو على المريض بالاكتئاب من خضوع وذلة فكثيرا ما ينجح فى محاولة التسلط على بيئته.

ويمثل الاكتئاب اضطهاداً من الأنا الأعلى للأنا إذ تعامل الأنا الأعلى الأنا بالطريقة التى كان يرغب المريض لا شعوريا معاملة مصادر الاشباع المفقودة بها. ومن هنا يأتى إتهام الذات الذى يقوم به المريض بالاكتئاب.

والخلاصة إن مجموعة أعراض الاكتئاب تمثل عملية رد فعل لفقدان مصادر الاشباع الطفلى وتمثل محاولات لاستعادة هذه المصادر وتمنع بالتالى فيضان الأنا بالاندفاعات الغريزية التى لم يتم اشباعها بفقدان مصادر الاشباع، لذا تبدو أعراض مثل مظاهر العدوان، والانكار والشعور بالذنب والعار والاسقاط والتقمص والادمان. فالإكتئاب كسلوك محاولة لاحتفاظ الأنا بتكاملها وتقليل من الشعور بالذنب عن طريق الألم، وتقليل من العداوة بالانسحاب، وتحريك الآخرين ومحاولة السيطرة عليهم فالفشل فى الطفولة فى تكوين توحدات إيجابية للأنا تقوم على علاقات طيبة بالموضوع تهيء الفرد للانقباض.

٢ — تفسير مدرسة الذات:

يرى أصحاب مدرسة الذات أن المريض بالاكتئاب يعانى من وجود فكرة عن نفسه يشعر معها بالضعة. وهذه الفكرة أكثر مما تحتمله ذاته فيحاول جاهدا إتخاذ عدة سبل والقيام بأوجه نشاط ليثبت لنفسه أنه أحسن مما يشعر. وكثيرا

ما ينجح فى ذلك . ويستمر هروبه من مواجهة نفسه ومن مشكلته . فإذا انهارت إمكانياته الجسمانية والصحية أحس بضعفه وحقارة فكرته عن نفسه . وبذلك يجرد من سلاحه الذى كان يواجه به شعوره بالنقص والضعف فيعتريه الاكتئاب. فإذا ما مرت مرحلة الاكتئاب عاوده نشاطه ليمر بمرحلة هوس تتمثل فى نشاط زائد ليقنع نفسه بأنه ليس كما يحس ويشعر . وهكذا تتناوب مراحـــل الهوس والاكتئاب والاساس فيها إنحطاط فكرة المرء عن نفسه وعجزه عن مواجهة ذلك .

٣ - التفسير البافلوفى :

من الروس الذين درسوا هـذا المرض دراسة واقعيـة بروتوبوبوف Protopopov . ويرى هذا العالم أن هناك أعراضا جسمانية واضحة لهذا المرض توجد سواء فى حالة الاكتئاب أو الهوس مما يجعل هاتين الحالتين مظهرين لمرض واحد وهذه الاعراض هي إتساع حدقة العينين، وسرعة النبض، والامساك، وفقدان المريض لوزنه منذ بداية المرض . وكثيرا ما يتوقف الحيض عند النساء أثناء نوبات المرض . ويعزو هذه الاعراض لتأثير الجهاز السمبثاوى . ويصاحب المرض إرتفاع فى ضغط الدم ويعتبر ذلك حالة وظيفية للجهاز السمبثاوى .

والفرض الذى يقدمه برتوبوبوف هو تكون بؤرة للاستثارة فى طبقـــات ما تحت القشرة (الهيبوثالاماس) تؤدى إلى حدة كل الأفعال المنعكسة التى تمر خلال طبقات ما تحت القشرة. وقد أدت بحوثه إلى إثبات زيادة حساسية المرضى بالهوس والاكتئاب للمنبهات الكهربية والحرارة والبرودة . إذ يشعر المرضى بإحساسات غير سارة فى الجسم ولا يمكنهم التحكم إراديا فى مثل هذه المنبهات. والتحكم الارادى فى منبه يبعث على الألم هو فى العادة من وظيفة القشرة. وفشل

المرضى فى التحكم فى هذه المنبهات يشير إلى أن القشرة قدفقدت وظيفتها التنظيمية، ولما كان للهيبوثالاماس وظيفتها فى تنظيم العمليات الجسمانية وعمليات التمثيل الغذائى فزيادة إستثارة هذه المنطقة عند هؤلاء المرضى يشير إلى زيادة التمثيل الغذائى عندهم مما يؤدى إلى زيادة فقدان النشاط ويلاحظ أن المريض يفقد عادة أثناء المرض ما بين ١٠ و ١٥ ك ج .

ويزيد إفراز السكر فى دم المريض ويستخدم المريض مزيدا من السكر . وتنخفض نسبة حامض اللبنيك لأنه يفرز سريعا من الجسم وهذا يفسر سبب عدم شعور المريض بالاجهاد فى حالة الهوس .

وبينت دراسة تكوين الافعال المنعكسة الشرطية فى هؤلاء المرضى أنه يمكن تكوينها بسهولة سواء فى حالة الهوس أو حالة الاكتئاب وتوجد صعوبة فى محاولة إزالة هذه الافعال أو التدريب على التمييز بينها . وتسود عمليات الاستثارة فى حالة الهوس بينما تسود عمليات الكف فى حالة الاكتئاب .

وعلى أى حال على الرغم من ثبات التغيرات الميتابولية فإن سبب هذه التغيرات لم يتبين بعد .

الفصل الثانى عشر

ذهان الاضطهاد

اعراضه :

تتضمن أعراض هذا المرض الغيرة الشديدة، والشك فى الآخرين وأهدافهم، وتفسير ما يفعله الغير من وجهة نظر شخصية بحتة دون محاولة التحقق من صدق النتائج التى يهديه اليها التفكير، والمريض به لايحتمل نقاشا أو جدالا فيها، وتنظم أفكاره سلسلة منطقية يخدع بها نفسه وغيره . كما يمتاز بالميل الشديد للإنتقام، وبذكاء فوق المستوى العادى ، كما يمتاز إجتماعيا وعلميا وإقتصاديا فى كثير من الاحيان، ويميل عادة إلى المباهاه والمفاخرة، والحساسية الزائدة والجمود والتزمت. ويختلف المريض بهذا المرض عن المريض بالاضطهادية الفصامية فى أن تفكيره منطقى منظم، وتتصل أعراض مرضه بأوهامه الفكرية التى تدور حول شعوره بالاضطهاد، ورغبته فى الانتقام، وحب العظمة . وقد تعترى المريض موجات من الهياج والاضطراب والغضب والنشوة وما اليها مما يشبه أعراض التجلى فى الجنون الدورى . كما قد تعتريه حالات من الضيق والكرب والحزن ، إلا أن هـــذه الانفعالات تعتبر ثانوية بالنسبة للأعراض الأولية - أعراض الاوهام الفكرية . وليس عجيبا ألا ترى نسبة كبيرة من المرضى بهذا المرض فى المستشفيات العقلية، لان ذكاءهم يساعدهم على التهرب . والمريض بذهان الاضطهاد قادر على إيقاع غيره فى مشاكل مختلفة إنتقاما منه لاسباب ينسجها خياله، وهو حريص على ألا يتورط هو نفسه فى هذه المشاكل لذا كانت مشكلة هؤلاء المرضى كبيرة،

لانهم ينغصون حياة كل من يتعامل معهم أو يحتك بهم ، لتأويلهم وتفسيرهم أى بادرة بأنها إضطهاد لهم . فنهم ذلك النوع الذى يقدم فى جاره أو زميله فى العمل الشكوى للجهات المسئولة أو البوليس متهما إياه بشتى التهم التى لا أساس لها ، وإن تزوج فهو دائم الشك فى زوجته والغيرة عليها، وكثير منهم يحتل مناصب عامة كبيرة فيصبون نقمتهم على من يعمل معهم دون نظر للصالح العام أو المسئولية التى فى أعناقهم . وقد قيل عن هتلر أنه كان يعانى من هذا المرض . كما تبدو النزعات الاضطهادية من الشعور بالعظمة وحب الانتقام فى كثير من الزعامات الصهيونية. ويعتبر موسى ديان نموذجا لذلك . وحديثه عن نفسه لأحدى الصحف الفرنسية يعجز عالم نفسى عن كتابته فى كتاب لوصف مريض بهذا المرض .

وكثير منا لا بد وأن يكون قد صادف فى حياته العملية من القيادات الادارية والعلمية من تنطبق عليهم الصورة الاكلينيكية التقليدية لهذا المرض . ويتجلى ذلك فيما يحاولون إحاطة أنفسهم به من ابهة وعظمة ...... مكاتب فخمة ...... وحجابة وسكرتارية...... وجمهرة من المنافقين فى الركاب لتضخيم الذات بالمدح والرياء ، وفى أسلوبهم فى الإدارة ليسوا على إستعداد للنزول إلى مستوى العاملين معهم أو التفاعل معهم وجها لوجه فيديرون المؤسسات من مكاتبهم ومن خلف أبواب حجراتهم معتمدين على الأعوان الذين يتجسسون لحسابهم . وإذا جلست إلى أحدهم بعد المرور على الحجاب والسكرتيرين دار حديثه حول نفسه ونشاطة وهمته ومجهوداته . وقد قام الكاتب فى أحد المرات بعد كلمة « أنا » التى وردت فى حديث أحد وكلاء الوزارات المرضى بهذا المرض فكان المعدل ٢٥ أنا فى

الدقيقة الواحدة . هذا بالإضافة إلى عدم تحمل النقد الذى يخرجهم فى العادة عن طورهم ويستثير فيهم النزعة للانتقام العاجل . ونظراً لنزعتهم للمباهاة والمفاخرة فهم يكشفون عن خططهم الانتقامية بعد تنفيذها للتأثير على الغير وللتخفيف من شعورهم بالذنب. لذا تراهم فى خوف دائم من إنتقام الغير منهم وتبدو عليهم دائماً أعراض الخوف من إصفرار الوجه وضيق حدقه العين وسرعة التنفس وبرودة الأطراف أمام ضحاياهم ... ... فيتحاشون مواجهتهم بأى ثمن .

وجدير بالذكر أن الشعور بالاضطهاد ليس من الضرورى أن يكون عرضا لهذا المرض . فمن المعروف أن المرضى بالعصاب يكون لديهم إحساس بالاضطهاد لحساسيتهم للآخرين ، كما أن من يصاب بكارثة أو يصادف الصعاب فى حياته غالبا ما يرمى اللوم على الآخرين أو على الظروف وهذا أمر يختلف عن ذلك الذى يعانى منه المريض بذهان الاضطهاد .

كما تجدر الإشارة إلى أن المجتمعات التى يقسم فيها نظام الحكم بالدكتاتورية وحكم الفرد كما كان الحال فى النظام الهتلرى يتفشى بين أفرادها الشك فى الآخرين والخوف منهم والاحساس بأن هناك دائما من يتجسس عليهم ويعد حركاتهم وسكناتهم والخوف الدائم من إنتقام السلطة منهم فيتملقونها ويكرهونها فى نفس الوقت ، وتظهر كراهيتهم فى السلبية ونقد السلطة من خلف الأبواب وإيثار العزلة والانطوائية .

تفسير ذهان الاضطهاد

لقد اختلفت الآراء فى تحديد هذا المرض وبيان أسبابه ، فقديما كان هناك رأيان متعارضان فى الحكم على طبيعته ، أحدهما أنه إضطراب فى القوى الفكرية وثانيهما أنه إضطراب إنفعالى، حتى جاء كرايبلين عام ١٨٩٣ فميز بين الاضطهادية العصامية وجنون الإضطهاد كما نعرفها الآن ، وفى رأيه أن جنون الاضطهاد

عبارة عن حالة من الأوهام العقلية التى تبدأ تدريجيا مع الفرد وتستمر معه دون شفاء منها ، وأسبابه خفية تنبع من الباطن ولا تصاحبه هلوسة حقيقة .

قارن شاكو (١٩٦٢) بين المرضى بذهان الاضطهاد والمرضى بالهيفرينيه وفى رأيه أن المريض بذهان الإضطهاد ينظم إمكانياته لقتال النزعة الموجودة فى الخلفية نحو التفكك بينما الهيفرينى يستسلم لها . ويدخل فى النزعة لقتال التفكك المهدد للذات نمط واحد هو « العجز عن الاحتفاظ باتجاه أساسى » أى العجز عن الاحتفاظ بحالة من الإستعداد للاستجابة للنبه القادم إذ أن هذا يساعد على الإستجابة الصحيحة التى يتطلبها الموقف . ويقع المريض بذهان الاضطهاد ضحية للارتباطات غير المناسبة ، وتتسم هذه الإرتباطات عادة بالتشويش الذى توجده الصدفة فى البيئة . ويحاول المريض بذهان الإضطهاد إبعاد مثل هذه المنبهات بينما يقع الهيفرينى ضحية لها . أما دلتى delteil (١٩٦١) فيرى أن الفصامى يتميز بالفشل فى تنظيم العلاقات بالموضوعات بطريقة واقعية لانقطاع الرابطة الإنفعالية بها بينما المريض بذهان الإضطهاد يتمكن من إنشاء علاقات ولكن محبطة بالأشياء وتكون هذه العلاقات مشحونة بالعدوانية .

وتفسر سارفيس Sarvis (١٩٦٢) الإستجابات الاضطهادية على أساس النقص فى الإحساس وزيادة التشويش والحمل وهذان أمران يصاحبان فى الغالب نشاط عصبى زائد ونقص فى وظيفة الفص الصدغى فى المخ Temporal فيقوم المريض بعمليات تعويضية عن طريق تقمص شخصية المعتدى والانوية . وغالبا ما يكون لردود الأفعال الإضطهادية وزيادة الاضطراب من المؤثرات الادراكية أساس فى الواقع الخارجى .

وفى دراسة قام بها لوميرت Lemert (١٩٦٢) لخمس وثلاثين حالة ممن

أودعوا أحد المستشفيات بذهان الإضطهاد بدون هلوسة أو عطب عقلى تبين له أن أعضاء المجتمع ومنظماته تتحد جهودها ضد المريض بجنون الإضطهاد قبـل أن يظهر سلوكه الاتهامى فبيئته بيئة حقيقية لا مفتعلة تتكون من علاقات متبادلة تؤدى عملياتها وشبكتها إلى عزل رسمى وغير رسمى وخلل فى الاتصال .

أما فرويد ويتبعه فى رأيه المدرسة التحليلية،فيرى أن جنون الاضطهاد يعود إلى كبت النزعة إلى الجنسية المثلية والثبات عليها . وتعزى أعراض هـذا المرض إلى عدم تقبل المريض لهذه النزعة فى نفسه.وفيما يلى تفسير فرويد العمليات العقلية المصاحبة لأعراض هذا المرض(أى الشعور بالاضطهاد،والغيرة،والشعور بالعظمة)

تتكون العملية الناتجة عن الصراع الذى يدور حول الجنسية المثلية كما يأتى : « يجب ألا أحبه فأنا أكرهه » إلا أن المريض يعجز عن كراهية من يحب أى يعجز عن كراهية واحد من جنسه ، فيقوم بعملية إسقاط شعور الكراهية عليه، فتتحول العملية إلى « أنا أكرهه » لأنه لا يحبنى » ثم تتحول العملية إلى « أنا لا أحبه وأنا أكرهه لأنه يضطهدنى » .

« أما فى الغيرة فيشعر الرجل بالغيظ من زوجته ، فيذهب إلى حانة لتناول الخمر ، وهو على علم بأنه سيلتقى برجال فى الحانة ، ورغبته فى أن يكون فى صحبة الرجال رغبة لا شعورية ، فتجرى العملية العقلية كما يأتى :

« أنا لا أحب رجلا هى التى تحب رجلا » أى أنه يسقط حبه للرجل عليهـا فيؤدى هذا إلى الشك فيها وإتهامها بعلاقات مع رجال يريدهم هو لنفسه .

والأوهام التى تتعلق بالشعور بالعظمة تسير العملية فيها بهـذا الشكل : « أنا لا أحب شيئا. أنا لاأحب أحداً أنا أحب نفسى فقط » وتنمو تبعا لذلك أوهام الشعور بالعظمة التى يمكن تفسيرها على أنها تقدير زائد لدور الفرد لنوع جنسه.

فتسمع مثلا الرجل يقول أنا رجل والمرأة حقيرة ، أنا عظيم لأنى رجل ،وعظيم لأنى أعظم من كثير من الرجال .

ونحن لا نتشكك فى أن بعض المرضى يعانون صراعا لإنكارهم الرغبات التى تنبع عن نزعتهم إلى الجنسية المثلية المكبوتة فيهم ، إلا أن الجنسية المثلية ليست حجر الزاوية فى مرض آخرين فالبعض يرى أن اتجاه الفرد لتحقيق أهداف فى مستويات للطموح أعلى بكثير من قدرته ، مما يهيئ السبيل إلى الشعور بجنون الاضطهاد فى كثير من المتزمتين الذين تعوزهم المرونة .

مراجع عربية

دكتور أحمد عيسى بك : تاريخ البيمارستانات فى الإسلام ، المطبعة الهاشمية ، دمشق ١٩٣٩

دكتور التجانى الماحى : مقدمة فى تاريخ الطب العربى ، مطبعة مصر بالخرطوم ، ١٩٥٩

دكتور حسين نصار : رحلة إبن جبير . مكتبة مصر ، ١٩٥٥

دار التحرير للطبع والنشر : كتاب التحرير الاعداد من ١٦٦ إلى ١٧٦ رحلة إبن بطوطة

محمد سيد أحمد : وجهة نظر : دفاع عن الجنون الاهرام بتاريخ ١٤/٣/١٩٦٩

محمود سليم الحوت : فى طريق الميثولوجيا عند العرب ، مطبعة دار الكتب بيروت ١٩٥٥

مراجع إفرنجية

1 — Adams, Henry B. " Mental illness " or interpersonal behavior? Amer. Psychol., 1964, 19, 191 - 197.

2 — Anderson, Wayne, and Kunce. Joseph. Stresses of discharge for the ment. patient. J. Rehabilit. 1962, 28 (3), 21 - 22

3 — Ashley, Montague. Culture and mental illness. Amer. J. Psychiat., 1961, 118, 15 - 23 .

4 — Beck, Aaron T., Sathi, Brij B., and Tuthill, Robert W. Childhood bereavement and adult depression. Arch. gen. Psychiat, 1963, 9 (3), 295 - 302.

5 — Bennet, Chester C. G. Community psychology : Impressions of the Boston confrence on the education of psychologists for community mental health. Amer. Psychol, 1965, 20 (10), 832 - 835.

6 — Blatz, W.E. Positive mental health. Bull. Inst. Child Stud., 1927, 19 (4), 1 - 3.

7 — Bonner, Hubert. Idealization and mental health. J.Indiv. Psychol, 1962, 18 (2), 126 - 146.

8 — Brody, Eugene B. Social conflict and schizophrenic behavior in young adult Negro males. Psychiatry, 24 (4), 337 - 346 .

9 — Brown, Felix. Depression and childhood bereavement. J. ment. Sci., 1961, 107, 754 - 777

10 — Bryce, F.O. et al. Problems in prediction of schizophrenic population. Archives of general Psychiatry, 1966, 15 (2), 140 - 143

11 — Chapman, Loren J. A search for lunacy. J. nerv. ment. dis., 1961, 132, 171 - 174.

12 — Chapman,L , Burstein, A.G., Day, Dorothy and Verdone, P. Regression and disorders of thought J. abnorm. soc. Psychol., 1961, 64 (3), 540 - 545.

13 — Ciempi, Luc. Le vieillessement des hystériques: Etude catamnestiques. Encéphale, 1966, 55 (4), 287, 335.

14 — Clark, David S. Psychiatry to - day. London:Penguin Books, 1953.

15 — Conte, William R , Otero, Manul, and Gladfelter. John, H. Effects of intensive occupational therapy on chronic schizophrenic patients. Amer. J. occup. Ther., 1961, 15, 103 - 105.

16 — Delteil, P. La relation d'objet psychotique. Evolut. Psychiat., 1961, 26, 395 - 397.

17 — Ehrenwald, Jan. Neurosis in the family. Arch. gen. Psychiat., 1960, 3, 232 - 241.

18 — Ellenberger, Henri. Aspects culturels de la mantále. Rev. Psychol. Peuples, 1960, 15, 273 - 287

19 — Eysenck, H. J. Dimensions of personality. London : Kegan Paul, 1947.

20 — Eysenck, H. J. The scientific study of personality. London: Routledge and Kegan Paul, 1952.

21 — Eysenck, H. J. The structure of human personality. London : Methuen, 1953.

22 — Eysenck, H. J. A. dynamic theory of anxiety and hysteria J. ment. Sci, 1955, 101, 28. 51

23 — Fenichel, otto. The psychoanalytic theory of neuroses. London : Kegan Paul, Trench, Trubner & Co., 1946

24 — Franks, Cyril M. Conditioning and personality. A study of normal and neurotic subjects. in Herbert C. Quay, Researh in Psychopathology. Pp. 31 - 46

25 — Freeman, Hugh. and Farndale, James (Eds.) Trends in the mental health services. New York, Mc Millan, 1963.

26 — From, Erich. Escape from freedom. New York: Rinehart & co. 1941

27 — .... Man for himself. New York : Rinehart & co, 1947

28 — Garmezy, Norman, Clarke, Alan R., & Stockner, Carol. Child rearing attitudes of mothers and fathers as reported by schizophrenic and normal patients. J. abnorm. Soc. Psychol., 1961,63, 176—182.

29 — Gottesman, Irving J. & Shieldes, James. Schizophrenia in twins : 16 years' consecutive admission to a psychiarric clinic. British Journal of Psychiarty, 1966,112 (489), 809—818.

30 — Grimshaw, Linton. The outcome of obsessional disorder : A follow-up study of 100 cases British Journal of Psychiatry. 1965,111 (480), 1051—1056.

31 — Hoch, Paul H., and Zubin, Joseph. Current problems in psychiatric diagnosis. New York: Grune and Stratton, 1953.

32 — Hopkinson, G., & Reed, G. F. Bereavement in childhood and depressive psychosis. British Journal of Psychiatry, 1966, 112 (486), 459-463.

33 — Horney, Karen. New ways in psychoanalysis. New York : W.W. Norton & Co. 1939.

34 — .... The neurotic personality of our time New York : W.W. Norton & Co. 1937.

35 — .... Self analysis. New York : Norton & Co. 1942.

36 — .... Our inner conflicts. New York : Norton & Co. 1945.

37 — Ingram, I. M. Obsessional illness in mental hospital pariients. J. ment. Sci,1961,107,282—402.

38 — Kaplan, M. (Ed). Essential works of Pavlov. NewYork Bantam Books, 1966.

39 — Kennedy, John F. Mental illness and mental retardation : Message from the President of the U. S.A. relative to mental illness and mental retardation. Amer. Psychol, 1963,18 (6) 280—289.

40 — Kind, Hans. Welche Fakten stülzen heute eine Psychogenetische theorie der schizophrenie ? Psyche, Stuttgart, 1965,19 (3), 188—218.

41 — Kissin, Gerald, & Carmichael, Donald M. Rehabilitation of psychiaric patients. J. Rehabilit., 1960, 26 (5), 24—28.

42 — Klaf, Franklin S., & Hamilton, John G. Schizophrnia : A hundred years ago and to-day. J. ment. Sci., 1961,107,819—827.

43 — Langner, T. S. Environmental stress, degree of impairment and type of disturbance. Psychoanal. Rev., 1960,47 (4), 3—16.

44 — Lemert, E. M. Paranoia and the dynamics of exclusion. Sociometry, 1962,25 (1), 2—20.

45 — Lu, Yi-Chuang. Contradictory parental expectations in schizophrenia : Dependence and responsibility. Arch. gen. Psychict., 1962,6 (3), 219—234.

46 — Mandelbrote, B. M. & Monro, M. Neurotic illness as a factor of reproduction. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1964, (4), 419—426.

47 — Maruyama, Magoroh. Critique de quelques idées très répandues au sujet des raports entre les cultures et la santé mentale. Rev. Psychol. Peuples, 1959,14, 273—276.

48 — Maslow, Abraham H. Health as transcendence of environment. J. Humanist. Psychol., 1961,1 (1),1—7.

49 — McAndrew, C., & Geertsma, R. H. A reanalysis of «Psychiatrists' conceptions of the schizophrenogenic parent.» J. Clin. Psychol., 1961, 17 (1), 28—87.

50 — Mc Ghie, A. A comparative study of the mother—child relationship in schizophrenia; I. The interview Brit. J. med. Psychol. 1961,34,195—208.

51 — Mc Gshie, A. A comparative study of the mother — child relationship in schizophrenia; II. psychological testing. Brit. J. med. Psychol. 1961, 34, 209—221.

52 – Morozov, G., & Romasenko, V. Neuropathology and. psychiatry. Peace publishers, Moscow : 1965

53 — Mullahy, Patrick. Oedipus : Myth and complex. New York : Hermitage press, 1948.

54 — Munro, Alistair. Some familial and social factors in depressive illness. British Journal of Psychiatry, 1966, 112 (489), 429—441.

55 — .... Some familial and social factors in depressive illness. British Journal of Psychiatry, 1966, 112 (486), 443—457.

56 — Nutenko, E A. & Khitrik, L. A. Clinical comparisons and development of schizophrenia in the members of 111 families. Zhurnal Nervopatologii i Psikhiatrii, 1965, 65 (10), 1547—1553.

57 — Odegaard, O. L'epidèmiologie des troubles mentaux en Norvége. Evolut. Psychiat , 1961, 26, 193—263

58 — Olshansky, Simon; Grab, Samuel, & Ekdahl, Miriam. Survey of employment experiences of patients discharged from three state mental hospitals during period 1951—1953. Ment. Hyg. N. Y., 1960, 44, 510—522

59 — Patterson, C. H. Evaluation of the rehabilitation potential of the mentally ill patient. Rehabilit. Lit., 1962, 23 (6), 162 — 172

60 — Pollack, Max; Woerner, Margaret G., Goodman, Warren; & Greenberg, Irwin M. Childhood development patterns of hospitalized adult schizophrenic and nonschizoph-

renic patients and their siblings. Amer. Jounal of Orthopsychiatry, 1966, 36 (3), 510—517.

61 — Quay, Herbert C (Ed.) Research in psychopathology New York : D. Van Nostrand co. 1963.

62 — Rennie, Thomas A. C. Prognosis in the psychoneuroses: Benign and malignant developments. in Paul H. Hoch and Jozeph Zubin, Current problems in psychiatric diagnosis p p. 66—88

63 — Riss, E. Are hallucinations illusions? An experimental study of non - veridical perception. J. psychol., 1959, 48, 367—373.

64 — Rosenthal, Saul H., & Klerman, Gerald L Content and consistency in the endogenous depressive pattern. British Journal of Psychiatry, 1966, 112 (485), 471—484

65 — .... Endogenous features of depression in women. Canadian Psychiatric Association Journal, 1966, II (Suppl.), 11—16.

66 — Sechehaye, M. Les divers aspects du moi schizophre-enique. L'Evolution psychiatrique, 1965, 30 2), 299—316

67 — Shakow, David. Segmental set : A theory of the formal psychological deficit in schizophrenia. Arch. gen Psychiat., 1962, 6, 1 - 17

86 — Shurley, Jay T. Mental imagery in profound experim-ental sensory deprivation. In Louis West(Ed)Hallucinations p. p. 153—157.

69 — Silverman, A. J. etal Hallucintions in sensory deprivation, In Louis West (Ed.) Hallucinations pp. 125—134.

70 — Smith, M. Brewster. "Mental Health" reconsidered: A special case of the problem of values in psychology. Amer. Psychologist, 1961,16,299—305.

71 — Snygg, D. & Combs, A. Individul behavior. New York: Harper, 1949.

72 — Solomon, Philip, & Mendelson, Jack. Hallucinations in sensory deprivation. In Louis West (Ed.) Hallucinations pp. 135—145.

73 — Szasz, Thomas S. The uses of naming and the origin of the myth of mental illness. Amer. Psychol. 1961,16,59—65.

74 — Wadsworth, W. V., Scott, R. F., & Wells, B.W.P. The employability of chronic schizophrenics., J. ment. Sci., 1962,108.

75 — Waring, Mary & Ricks, David. Family patterns of children who became adult schizophrenics. Journal of Nervous and Mental Disease, 1965, 140 (5), 351--364.

76 — Warkentin, John, Felder, Richard E., Malone, Thomas P., Whitaker, Carl A. The usefulness of craziness. Med. Times., 1961,89,587—590.

77 — Warkantin, John, Whitaker, Carl A., & Malone, Thomas P., Social origins of delusions. 5th Med. J. 1959,52,1418—1420.

78 — Wegrocki, H. J. A critique of Cultural and statistical concepts of abnormality. In C. Kluckhohn and H. A. Murray (Eds.) Personality in nature, society & culture. New York : Alfred-A-Knopf, 1950.

79 — Weinstein, Edwin, A. Social aspects of hallucinations. Jn Louis Wast (Ed.) Hallucinations pp. 233—238.

80 — West Louis J. (Ed.) Hallucinations. New York : Grune & Stratton, 1962.

81 — West, Louis J. A general theory of hallucinations and dreams. Jn Louis West. (Ed.) Hallucinations pp. 275—290.

82 — Will, Otto Allen, Jr. Hallucinations : Comments reflecting clinical observations of the schizophrenic reaction. Jn Louis West (Ed.). Hallucinations pp. 174—182.

83 — Winter, Esther. Über die Hâufigkeit neurotischer symptome bei "Gesunden". Z. Psycho-som. Med., 1959,5,153—167.

84 — Wolman, Benjamin B. The fathers of schizophrenic patients. Acta Psychother. Psychosom., 1961, 9,193—210.

85 — Woolley, L. E. Experiential factors essential to the development of schizophrenia. In Paul H Hoch and Joseph Zubin. Current problems in psychiatric diagnosis pp. 180—191.

86 — Wortis, Joseph & Wortis, Helen. La relción entre deficients condiciones socio-econômicas y cietras incapacidades psiquiàtricas en la infancia. Acta neuropsiquiat. Argent., 1961, 7 (3), 167—170.

مطبوعات منظمة الصحة العالمية

WHO, Epert Committee on Mental Haalth. Report on the first sassion. WHO Tech. Rep. Ser., 1950, No 9.

.. .. Report on the Second Session. WHO Tech. Rep. Ser., 1951 No 31

.. .. 3 rd report WHO tech. Rep. Ser.. 1953, No 73.

.. .. 4 th report. Legislation affecting psychiatric traeatmeat. WHO Tech. Rep., 1955, No 98.

.. .. 5 th raport. The psychiatric hospital as a center for preventive work in mental health. WHO Tech. Rep. Ser., 1957 No 134.

.. .. 6 th mport. Mental health problems of aging and the aged. WHO Tech. rep. Ser., 1958, No 171

.. .. 7 th raport Social psychiatry and community attitudes. WHO Tech. Rep. Ser., 1959, No 177.

.. .. 8 th report Epidemiology of mental disorders WHO Tech. Rep. Ser., 1060, No 185.

.. .. 9 th report The aunderguate teaching of psychiatry and mental

health promotion. WHO Tech. Rep. Ser., 1961, No 208.

WHO, Epert Cemmittee on Mental Haaith. 10 th raport. Pragramme development in the mental health field. WHO. tech. Rep. Ser. 1961, No 223.

-- -- -- -- -- -- -- -- -- -- -- 11 th report. The roie of public health officers and general practitioners in mental health care. WHO Tech. Rep. Ser., 1962, No 235

القسم الثانى

الباب السادس

الإضطرابات النفسجسمية

الفصل الثالث عشر

الاضطرابات النفسجسمية

مقدمة :

على الرغم من أن مصطلح الاضطرابات النفسجسمية أصبح متداولا فى المجال الطبى والنفسى ، بيد أنه لا يوجد اتفاق حول تحديد مجال هذه الاضطرابات ، مما دعا لجنة خبراء الصحة العقلية التابعة لمنظمة الصحة العالمية أن تخصص اجتماعها فى سنة ١٩٦٤ لمناقشة هذا المفهوم ومحاولة إيضاحه ، وتقويم المعلومات الموجودة عن الأسباب وعن الوقاية والعلاج ، وسجلت اللجنة رأيها فى تقريرها الثالث عشر رقم ٢٧٥ الصادر فى سنة ١٩٦٤ . وسنستعرض فى الصفحات القليلة القادمة الخطوط العريضة للتقرير .

وإذا حاولنا تاريخيا القاء الأضواء على هذا المفهوم نجد أنه فى كل زمان وكل مكان كان الانسان ولازال يعبر عن وجدانياته وإنفعالاته بتعبيرات جسمانية فى شكل إيماءات واشارات وحركات تعتبر رموزا لها معناها كاللغة تماما التى تعتبر الاداة الأساسية للتعبير والاتصال ، وتفيض كتابات الأدباء منذ القدم وكذلك الشعراء والفلاسفة بشرح المصاحبات الجسمانية للانفعالات وعما تحدثه الانفعالات فى الجسم . وقد عرف الانسان منذ القدم المظاهر الجسمانية المألوفة للخوف والحزن والغضب وغيرها من الحالات الانفعالية العادية ، وذكر البعض أن الانفعالات من الممكن أن تكون سببا فى حدوث المرض ، إلا إنهم لم يقدموا لنا الأدلة الحاسمة على أنها من الممكن أن تكون سببا لحدوث مرض معين ، أو إتخاذ المرض

مجرى معينا أو شكلا معينا . لقد قدم العلماء لنا بعض الآراء المنظمة أو غير المنظمة عن ذلك إلا أن دراسة أثر العوامل النفسية في المرض لم تبدأ إلا بعد البدء في دراسة الأمراض دراسة علمية ، وبعد تحديد مفهوم المرض الجسمانى .

وإن كان بعض العلماء فى القرنين الثامن عشر والتاسع عشر قد أعطوا اهتماما للعوامل النفسية وأثرها فى الاضطرابات الجسمانية ، كما قام البعض فى القرن التاسع عشر ببيان العمليات الفسيولوجية التى يمكن أن تؤثر أولا تؤثر على تكوين الجسم أو كيميائه ، كما أنه يمكن القول أنه كان يوجد تقبل عام لدور الهموم والاحباطات والضغوط فى تعويق الشفاء أو زيادة حدة المرض فى بعض الحالات ، إلا أنه لم يكن يوجد تحليل مفصل للعوامل الاجتماعية والنفسية التى كان من الواضح أن لها هذا الأثر ، أو عن الأمراض الخاصة التى يمكن أن تتأثر بها ، والعمليات التى يمكن أن تدخل فيها .

ومما يجب ملاحظته أن المصطلحين اللذين يمكن إستعمالها للتدليل على هذه الفئة من الاضطرابات تولدا عن صراع حاد بين أولئك الذين يصرون على أن للعوامل النفسية الأثر الأكبر فى الاضطراب العقلى مثل هينروث Heinroth الذى قدم لنا فى سنة ١٨١٨ مصطلح النفسجسمية Psychosomatic ، وأولئك الذين كانوا يؤكدون العوامل الجسمانية فى المرض مثل يعقوبى Jacobi الذى قدم لنا فى سنة ١٨٢٨ مصطلح جسمنفسى Somatopsychic. وكل من هذين المصطلحين يبين وجهة نظر متطرفة تعارض الأخرى وتقف منها على طرف نقيض فى بيان أسباب المرض ، وبالتالى تخفى تعقد العلاقات وتعدد العوامل وتداخلها .

لقد تمت دراسة الاضطرابات النفسجسمية فى القرن الحالى تجريبيا وإكلينيكيا

فى الانسان وفى الحيوان . وقد أعطتنا الدراسات التى قام بها علماء مثل بافلوف وكانون وولف وولف Wolff & Wolf الأدلة التى اقنعت المتشككين على أن العلاقة بين الجسم والعقل من الممكن أن تخضع لكل من التمحيص التجريبى والإكلينيكى معا .

تحديد المفاهيم

الطب النفسجسمى Psychosomatic medicine

إن مصطلحى الطب النفسجسمى، والاضطرابات النفسجسمية مصطلحان بدأ تداولهما بعد أن عاود بعض العلماء حديثا استخدام المصطلح الذى ابتدعه هينروث فى سنة ١٨١٨ - (مصطلح النفسجسمية). إذ بدأ هؤلاء العلماء يؤكدون أن الفصل بين الجسم والعقل فى الطب أمر يناقض الواقع بل وغـــير مثمر فى كثير من الأحوال . وأشاروا إلى أنه على الرغم من أن نجاحا كبيرا قد تم على أيدى أصحاب المدرسة المتعصبة للاتجاه الجسمانى والتى سادت فى القرن الماضى فى مجال الأمراض المعدية ، والاضطرابات الميتابولية ، فإن التقدم كان بطيئا بصدد أمراض مثل القرحة المعدية ، وضغط الدم المرتفع ، والربو . فهذه الامراض على الرغم من أن أعراضها ومظاهرها جسمانية فهناك ملاحظات إكلينيكية تبين أن العوامل النفسية تلعب دوراً هاما . وبتأكيد أن الانسان فى الصحة والمرض يعمل كوحدة نفسجسمية ، بدأ هؤلاء الكتاب يعيدون تقـــديم الأسلوب الابقراطى .

لقد أصبح لهذه النظرة اليوم مكانها . إذ ينظر إلى الانسان على أنه نظام ديناميكى معقد فى حالة عدم إتزان ، يستجيب للتغيرات فى بيئته والتغيرات فى نطاق نفسه : ففى حالة إضطراب التوازن الفسيولوجى مثلا تتأثر كثير من مظاهر نظام الإنسان بمعنى أنه إذا تكلمنا عن العمليات الفسيولوجية أو العمليات النفسية

فنحن نتكلم فى الواقع عن طرق مختلفة لمعالجة ظاهرة تتصف بالوحدة لأن هذه الظاهرة ليست مقسمة بهذا الشكل . وبهذا المعنى لايوجد مرض أصله جسمانى وآخر أصله نفسى ولكن يوجد مرض فحسب . وهذه النظرة الكلية ضرورية لتقدم الطب خاصة فى وقتنا هذا الذى تتوسع فيه مهنة الطب فى عدة جبهات. فعلى الرغم من أن الأطباء ينظرون إلى عملهم على أنه قاصر على إصلاح الخلل العضوى بالوسائل المادية فمن الواضح أن المهنة ككل يزداد تدخلها فى مشكلات العالم المتغير. وهى تبعا لذلك تتأثر وتؤثر بمشكلات مثل الانفجار السكانى ، وحاجات الدول الناميه . وزيادة حاجة المجتمعات المحلية للخدمات ، وزيادة الاحساس بأن الطب يجب أن يلعب دوراً فعالا فى الوقاية من الأمراض . ويتطلب ذلك كله من الطبيب أن يعطى للمرض نظرة شاملة تحتوى العوامل الاساسية الاجتماعية والثقافية والنفسية كما تحتوى على العوامل العضوية والوراثية .

الاضطرابات النفسجسمية Psychosomatic disorders :

يتبين لنا من كل ما سبق أن مصطلح النفسجسمية كما يتم تداوله له معنيان ، أحدهما بالمعنى السابق شرحه فى ميدان الطب أى النظر للانسان ككل على أساس أنه نظام ديناميكى معقد وفى حالة عدم إتزان ويستجيب للتغيرات فى بيئته وللتغيرات فى نطاق نفسه وإذا أعترى الخلل أيا من وظائفه إعترى الخلل الوظائف الأخرى . أما المعنى الثانى فينطبق على إضطرابات مثل ضغط الدم المرتفع ، والقرحة المعدية ، والربو والتى يبدو فيها أن العوامل النفسية تلعب دوراً كبيرا ، ودراسة مثل هذه الأمراض يضع أمامنا

تحديات معينة مثل مسألة الأسباب وعمليات الأسس المرضية .

وتتمركز المفاهيم النفسجسمية الأساسية حول تلك المظاهر الخاصة للوظيفة النفسيولوجية ككل والتي تؤدى فيها الاحداث الخارجية أو « الداخلية » إلى إستثارة عمليات إستجابية للمخ تبعث على نشاط نظام الغدد الصماء العصبي neuro - endocrine system ، وبذلك تتغير وظيفة العضو « الهدف » أو النظم الحركية . بمعنى آخر تتضمن هذه المفاهيم أحداثا نفسية كعوامل مسببة للاضطرابات الإحشائية .

إن هذه المتتاليات النفسية ينظر اليها كظاهر أو كعمليات فى تفاعلات معقدة بين المخ وبقية الجسم . وتفترض حينئذ أن الاحداث حتى البسيطة قد تؤثر تأثيراً عميقا على حالات الجسم بتعديل العمليات الاساسية التى تفرض عليها ، أو أنها قد تلعب دوراً هاما « وليس أساسيا بالضرورة » فى أسباب المرض مع عوامل أخرى وراثية مثلا أو غذائية .

والمضامين النفسية والمعانى المشتقة من الاحداث من وجهة النظر الشخصية هى التى قد تجعل مثل هذه الاحداث شاقة أو غير شاقة لشخص بعينه . وهكذا من الممكن أن تصبح أحداث متباينة تبايناً كبيراً قسوة فى الأساس المرضى لقدرتها على التأثير على العمليات الفسيولوجية. فالتغير الكبير فى البيئة الاجتماعية مثلا قد يكون له وزنه فى مرض البعض ، بينما قد يكون التغير النفسى كالتحول فى قوة الطاقة الليبيديه له وزنه عند آخرين مع الاختلاف التام بين العاملين .

التناقض الذى يحمله مصطلح « النفسجسمية » :

إن المشكلة التى يواجهها العلماء هى أين يوضـــع الخط الفاصل الذى يعزل الأمراض النفسجسمية عن غيرها من الأمراض . يقول تقرير لجنة خبراء الصحة العقلية (١٩٦٤) ، إن هذا يضعنا أمام التناقض فى الاستخدامين اللذين يستخدم فيهما مصطلح « النفسجسمية » فإننا إذا قصرنا إستعمالنا للمصطلح على إضطرابات معينة فإننا بذلك نتجاهل وحدة الاتجاه فى الطب ونؤكد التوازى بين العقل والجسم ، وحينئذ يكون هناك إغراء بإهمال العوامل النفسية فى بعض الاضطرابات وإهمال العوامل الجسمانية فى بعض الاضطرابات الأخرى .

واللجنة تلفت النظر إلى هذا التناقض دون أن تحاول حسمه . وترى اللجنة أنه يبدو غير عملى أن تحاول تغيير مصطلحات أصبحت ثابتة الاستعمال ، كما أن المناقشات الواسعه قد فشلت فى التوصل إلى مصطلحات بديلة يمكن أن يتقبلها معظم العاملين فى الميدان . ويرون أن ما نحتاجه هو إيضاح المفاهيم وتحسين الطرق لبحث العمليات البيولوجية والاجتماعية التى تؤدى إلى توحيد وتكامل وظائف الإنسان فى حياته وفى مواجهته لبيئته .

ولما كان هناك إحتمال وجود مدى كبير فى الدرجة التى تدخل فيها العوامل النفسية وتاريخ حياة الفرد فى أسباب إضطرابات مختلفة ، فإن مشكلة وضع الخط الذى يفصل بين الاضطرابات، التى تقترب أو تبتعد عن العوامل النفسية فى نشأتها (أى التى يمكن أن نسميها نفسجسمية وتلك التى ليست كذلك) يجب أن يقرره الهدف الذى بين أيدينا ...فهل الهدف العلاج ... أم الوقاية ... أم البحث العلمى .

إن كثيرا من العاملين فى بلاد مختلفة حاولوا تجنب التوازى بين الجسم والعقل بالتسليم بأن الانسان كائن بيولوجى إجتماعى أكثر تعقيداً من غيره من الحيوانات

التي تعيش في جماعات، ولكنه في الجوهر لايختلف عنها . وطبقا لهذا المفهوم فالنفس خبرة ذاتية لبعض وظائف الجهاز العصبي المركزي ويمكن دراستها دراسة أتم بالطرق الموضوعية وبذلك تعنى النفسجسمية عندهم الوظائف العصبية الاحشائية neurovisceral .

وهناك من العاملين في بلاد أخرى من يقدرون ثمرة مثل هذا الأسلوب غير أنهم يريدون أن يذهبوا إلى أبعد من ذلك . ففي رأيهم أن الانفعالات الانسانية والدوافع والقيم تلعب دوراً أكبر في حياة الإنسان العادية في بيئته الاجتماعية وتهم دراستها علميا ، وهذان الاتجاهان وإن كانا يبدوان وكأنهما متعارضان إلا أنهما يتممان بعضهما البعض وقد تم التوصل إلى نتائج مثمرة من العاملين في كل من المدرستين .

أسباب الأضطرابات النفسجسمية

١ ــ الشدائد او الضغوط Stresses والعناء Strain *

على الرغم من أن الأسباب في كل الأمراض متعددة فإن لجنة خبراء الصحة العقلية أكدت في تقريرها (١٩٦٤) أن حجر الزاوية في كل الاضطرابات النفسجسمية هو الشدائد او الضغوط التي يقع الإنسان تحت وطأتها وتوصف الشدة Stress بأنها قادرة على إنتاج تغيير في الكائن الحي يعرف باسم العناء Strain . أي أن الشدائد أو الضغوط النفسية عبارة عن أحداث تحدث تأثيرات داخلية عن طريق الجهاز الادراكي للكائن الحي .

إن الشدة النفسية لأي موقف من مواقف الحياة لا يمكن فهمها إلا

---

* الشدة : نقيض اللين والرخاء ورغد العيش ــ ما يحل بالانسان من مكارة الدهر (المنجد) عانى معاناة . الهموم فلانا ــ أتته ، وعانى الشيء ــ قاساه وتجشمه (المنجد) .

من ناحية علاقتها بوجهة نظر الشخص نفسه لأن المعنى الداخلى للشدة وتفسيرها يتصل بتاريخ حياة الفرد ونموه النفسى . وقد لوحظ أن خبرات مثل فقدان الحب ، أو الانفصال ، أو تلك التى تؤدى إلى إستثارة العداوة غالباً ما تهيىء للاضطرابات النفسجسمية . وأهم الخبرات التى تولد الشدائد تكون فى مجال العلاقات المتبادلة بين الناس ، وهذا لاينفى أن الشدائد من الممكن أن تتوالد عن تهديدات من أشياء غيرحية كالبراكين وغيرها من النكبات الطبيعية .

وحلقة الوصل بين المجالين النفسى والجسمانى هو مفهوم « الانفعال » خاصة النوع المعروف بالقلق . (أنظر القلق كعرض وكمرض) .

على أى حال من الممكن منع القلق من التطور إلى قمته بعمليات دفاعية نفسية، بيد أن هذا فى العادة وإن كان يقلل من الأحداث الفسيولوجية إلا أنه لا يبعدها تماما ، وتظل كمية من إنفعال القلق باقية ليكون لها أهميتها فى المرض . ويمكن النظر إلى العملية من ناحية الكف فكثيراً ما يوجد حائل دون التعبير اللغوى أو النفس حركى عن القلق أو الشعور بالعداوة فيتحول التفريغ من الجهاز العصبى المركزى إلى الجهاز العصبى الاوتونومى فتتم تغيرات مرضية فى الأحشاء وفى الأوعية .

ومهما كانت العملية فى البداية فإنه من المسلم به أن التكرار أو الاستمرار يؤدى إلى تغيير الوظيفة وبالتالى قد يؤدى إلى تغيير فى الأنسجة مما يصعب إصلاحه فيما بعد .

٢ ـ النوعية : Specificity

من أهم المسائل المثيرة للجدل مشكلة النوعية ...... أى هل هناك علاقة نوعية بين طبيعة الشدة النفسية ونظام العضو الداخل فى العملية ؟ أم أن الشدة

النفسية تعمل بطريقة غير نوعية على العضو المهيأ للمرض والذى يتوقف إستعداده للمرض على عوامل مثل الاستعداد الوراثى أو العدوى أو التهيئة الشرطية السابقة؟

إن لدينا معلومات كثيرة تدور حول هذه المشكلة مستمدة من التجارب المعملية ومن الخبرة الاكلينيكية . غير أن هذه المعلومات متعارضة ومتناقضة . فبينما تؤكد الانطباعات الاكلينيكية أن هناك علاقة نوعية بين الشدة النفسية والاضطراب الجسمانى الناتج بيد أنه لا يوجد لدينا معلومات توضح لنا كيف يتم ذلك . إلا أنه يمكن تلخيص التسلسل فيما يلى :-

أ - وجود إستعداد تكوينى يقوم على الوراثة .

ب - وجود إستعداد تكوينى تكوّن نتيجة للخبرات الأولى والتطور الأول (والمقصود بالخبرات هنا الخبرات الفسيولوجية والنفسية ويدخل فى ذلك فترة الحمل وفترة المهد) .

حـ - تغيرات الشخصية فى مراحل العمر المتقدمة والتى تؤثر فى نظم الأعضاء

د - ضعف عضو من الأعضاء كما فى حالات الاصابة أو العدوى .

هـ - وجود العنصر فى حالة نشاط لحظة الاجهاد النفسى أو الثورة الانفعالية .

و - المعنى الرمزى للعضو فى نظام شخصية الفرد .

ز - توقف النمو النفسى وبالتالى جمود العضو فى تطور وظائفه .

٣ - هل توجد نظرية ؟

إن البحوث الاكلينيكية والمعملية التى أجريت على الحيوان والإنسان تبين أن هناك علاقة بين الشدائد النفسية وأمراض ضغط الدم المرتفع ، والقرحة المعدية ، والربو ، وقرحات القولون ، والتسمم الدرقى ، والالتهابات الجلدية العصبية ، وأمراض الشرايين التاجية فى القلب ، والصداع المزمن ، والالتهابات المفصلية .

غير أن النتائج لا تؤكد كما لا تنفى وجود أسس نفسية فى هذه الأمراض على الرغم من وجود بعض الأدلة على أن هذا ممكنا .

والخط الأول من الأدلة مشتق من الدراسات الاكلينيكية لتاريخ حياة الأفراد مما يشير إلى العلاقة الزمنية بين مرض الشخص والأبعاد الانفعالية فى حياته .

والخط الثانى من الأدلة يأتى من التجارب على الشدائد النفسية إذ بينت أنها تؤدى فعلا إلى تغيرات فسيولوجية مثيلة لتلك المصاحبة للأمراض المختلفة .

كما بينت دراسة مواقف الحياة التى تهيىء للمرض أو تزيد من فرصه أن هذه المواقف لها معنى إنفعالى للشخص الفرد من ناحية صلتها بخبرات حياته وصراعاته التى لم تحل فتؤدى إلى معاناته من هذه الناحية .

كما بينت الاختبارات النفسية التى أجريت على المرضى بأمراض نفسجسمية ومقارنتهم بمجموعات ضابطة وجود إختلافات لها دلالتها فى شخصياتهم تفرق بينهم وبين غيرهم من الأسوياء .

والخلاصة أن وزن الأدلة التجريبية وإن كان يبين أن الشدائد والضغوط النفسية لها أثرها إلا أنه لازالت هناك حاجة للانتباه إلى مناهج البحث التى تستخدم وتحديد الأسئلة التى نريد إجابات عليها .

الفصل الرابع عشر

المصاحبات النفسية لبعض الأمراض

سيكلوجية المريض :

إذا ما أقر الفرد بأنه مريض فهناك تغيرات نفسية لا بد وأن تكون قد طرأت عليه ، لأن عالم المريض فى العادة عالم صغير ومحدود يتأثر فيه سلوك الفرد بالطبيب والممرضة أو الزوجة وبظروف مادية معينة مثل ما إذا كان السرير مريحاً من عدمه ، والحاجة إلى الراحة ، وتخفيف الألم ، والحاجة إلى الدواء وما إلى ذلك ويصبح من كانوا مهمين فى حياة الفرد لا أهمية لهم ، كما تصبح الأحداث التى كانت تعتبر مصيرية وهو فى حالة الصحة لا قيمة لها أو فى مرتبة ثانوية . ويرى العلماء أن هناك تشابها بين سلوك المريض فى مثل هذه الحالات وسلوك الطفل ويبدو التشابه فيما يلى : -

١ - تركز الحياة الإجتماعية للمريض حول ذاته إذ يرعاه الآخرون ويقومون على خدمته ، ويتحملون شكاواه وثوراته ، وتخف عن كاهله المسئوليات ، ويعدل الواقع طبقا لحاجاته ورغباته بشكل لم يتحقق له منذ كان طفلا .

٢ - يؤدى ضيق مجال حياة المريض وإنكماشه وخفة وطأة الواقع الخارجى إلى إحتلال العوامل الداخلية فى جسمه الأهمية الأولى . فالشخص السليم لايعطى أهمية فى العادة لعملياته الفسيولوجية ، بينما المريض يعطى إهتماما خاصا لنبضات قلبه ، وعمليات الهضم عنده وغير ذلك من العمليات الفسيولوجية ، ويصبح إهتمامه بجسمه أكثر من إهتمامه بأى أحداث خارجية .

٣ - ونظراً لضيق العالم الذى يعيش فيه المريض وتمركز إهتماماته حول جسمه فإن إهتماماته تصبح محدودة ويصبح كالطفل أنانيا ، مسيطراً ، وعنيداً . وقد تبدو مثل هذه السمات عليه إما بشكل مباشر أو غير مباشر لأن مرضه يعطيه فى العادة سيطرة على من هم حوله فيتواكل عليهم ويشعر فى نفس الوقت بفقدان الأمن ويشعر بالتناقض الوجـــدانى نحو من يقومون بتمريضه إذ يشعر نحوهم بالامتنان لعنايتهم به ويشعر فى الوقت نفسه بالغضاضة لاضطراره الاعتماد عليهم.

إن أى مرض على أى حال وخاصة إذا كان المرض خطيراً يقطع المسار المألوف فى نمط حياة المريض ويلقى عبئاً على تنظيمه النفسى ، وكلما كان المرض خطيراً كلما كان العبء النفسىء أكبر . فالمريض مثلا ممنوع من مزاولة عمله ونشاطه اليومى ، وقد يؤثر المرض على دخله فى الوقت الذى يحتاج فيه لسداد ثمن الدواء وأجر الطبيب ، وإذا أودع فى المستشفى إبتعد عن منزله وجو الأسرة المألوف له ليحيا فى بيئة غريبة قد ترتبط فى ذهنه بأشياء مخيفة . ولعل أقسى ما يعانيه المريض هو فقدانه لاستقلاله وذاته فى كل مظهر من مظاهر حياته . فقد يضطره المرض إلى تناول وجباته فى السرير بل حاجته للغير أحيـــانا للقيام بإطعامه ، كما قد يعجزه المرض عن التحرك لقضاء حاجاته البيولوجية الأساسية ، وعليه أن يعتمد على الممرضة التى يستدعيها لمساعدته من وقت لآخر ... وهو فى كل ذلك كالطفل الذى لم تتطور قدراته بعد ولم تنم ليعتمد على نفسه .

وكثير من الناس قادرون على تحمـــل الظروف التى يفرضها عليهم المرض ويعرفون أن عودة الصحة أمر يتطلب التنازل عن الاستقلال الذاتى مؤقتاً ويسمحون لأنفسهم بالاعتماد على الغير ، بل ويشعرون بالراحة فى التخلى عن المسئولية مؤقتا . وهذه إستجابة صحية لظروف عجز وقتيه إذ يتنازل المريض

بإرادته عن إستقلاله للغير ويستسلم لهم حتى يهيء أحسن الظروف للشفاء . وعلى الرغم من أن المرض يعنى عدم الراحة والعناء الجسمانى والنفسى إلا أن المرء فى العادة يرضى به مادام هناك أمل فى الشفاء واسترداد القوة والصحة .

أما إذا كان المرض مزمنا أو مؤديا إلى عجز دائم فإن التكيف له يكون صعبا . فن المعروف مثلا أن الاكتئاب أمر ضرورى يصاحب دائما حالة فقد عضو من أعضاء الجسم . فأى مرض يؤدى بالمرء إلى فقدان عضو من أعضائه أو وظيفة من وظائفه لابد وأن يؤدى إلى تشويه الصورة الموجودة لدى الفرد عن جسمه والتى كونها وعاش بها طيلة حياته السابقة للعاهة . وتتعدى هذه الخبرة حدود فكرة المرء عن جسمه إذ تتضمن أيضا فكرته عن نفسه ككائن إجتماعى عليه أن يتنازل عن كثير من أوجه نشاطه وبالتالى إستقلاله واكتفائه الذاتى .

فليس عجبا أن تؤدى العاهات الجسمانية إلى الاكتئاب ، والاكتئاب فى مثل هذه الحالات إستجابة عادية . أما الفشل فى الاحساس إنفعاليا بالكارثة التى تحل جسمانيا بالفرد فهذا يدل على فشل الفرد فى مواجهة العجز الذى حل به ويعنى ذلك إنكاراً للواقع وقاية للذات من مواجهة التبعات والنتائج التى تحتمها العاهة . وهناك من الأفراد من يعجزون عن مواجهة المرض، ويعز عليهم أن يحدث هذا لهم، فكم من مريض بالسرطان أحس بسريان المرض فى جسمه وأبى الاعتراف بما هو حادث له ، وكم من مريض بالقلب تحدى مرضه ولم يعمل بمشورة أطبائه. والمرضى من هذا النوع تحركهم أنواع مختلفة من القلق أهمها القلق من مواجهة حقيقة أنهم أصبحوا مرضى وضعفاء ، وهذه الحقيقة تتعارض مع فكرتهم عن أنفسهم فيضطرون إلى إنكار المضامين والمعانى التى تنضوى تحت أعراض أمراضهم . ولا يحتملون مجرد فكرة الضعف والاستسلام المؤقت الذى يتطلبه

العلاج للعودة إلى الصحة . فانكارهم عملية دفاعية من عمليات الأنا تؤدى فى العادة إلى تعقيدات نفسية للمرض الجسمانى .

وفى بعض المرضى تكون الاستجابة للمرض ليست وظيفة دفاعية من وظائف الأنا كالحالات السابقة ولكن وليدة لضغوط حاجات واندفاعات كامنة . فبعض المرضى بدلا من الاستخفاف بمرضهم وأعراضه يهولون البسيط ويبالغون فى الأمر التافه ليبدو خطيراً فى نظر الغير، ويفيضون عادة فى شرح آلامهم . ويعلق أحد الأطباء على ذلك ساخراً بأنهم يقدمون لك عن أنفسهم قصة درامية بدلا من الحديث عن تاريخ المرض. هؤلاء المرضى يلحون فى طلب المسكنات ، وغالبا ما يزعجون الممرضات بطلباتهم الدائمة والتى لاتنتهى والتى تكون فى العادة تافهة، ويصر هؤلاء المرضى على الحصول على إمتيازات خاصة، ويحاولون الاتصال بالأطباء ليلا ونهاراً ، ويصرون على بقاء أفراد الأسرة يحومون حولهم فى قلق ... فهم فى المرض يعرفون الأخذ دون العطاء، ويغضبون سريعا إذا لم تتحقق لهم مطالبهم فى الحال ، وينتقدون الاطباء ويتهمونهم بعدم أداء الواجب، كما يتهمون الممرضات بالاهمال، ويتهمون أهليهم بعدم الاهتمام، ويضيع مرضهم فى خضم سلوكهم الذى يهدف إلى استعراض عجزهم وحاجتهم للمساعدة ، ويؤدى تأكيدهم لضعفهم إلى سيطرتهم على الآخرين ، فيتحول ضعفهم إلى قوة .

ويجب ألا يفسر ذلك على أن المريض من هذا النوع يجد لذة فى أعراض مرضه أو أنة شعوريا يهول من آلامه . فالامر على عكس ذلك تماما لأنه يشعر عادة فى قرارة نفسه بالعجز كما يجتاحه الاكتئاب لفقدانه لنشاطه وإستقلاله وعدم ارتفاعه إلى مستوى الصورة المثالية الموجودة لديه عن نفسه. وعلى الرغم من أن معظم أعراضه التى يشكو منها ناتجة عن عوامل إنفعالية فإنها تبدو له كنكبة الحقها به سوء الحظ والقدر ، وهو لايدرك أنه يستغل أعراضه للتعبير عن رغبات لاشعورية .

ويجب علينا أن نلاحظ أن هذا النمط من السلوك لايتكون عند هذا النوع من المرضى فجأة ، إذ أن العجز النفسى الذى يصل اليه المريض يكون فى العادة وليد عمليات أخذت وقتا طويلا فى تكونها . فكثير من المرضى فى البداية يعارضون تحديد نشاطهم ويقاومون إرغامهم على الاعتماد على الغير...ولكن تدريجيا وتحت تأثير عوامل خارجية يبدأ التغير وتظهر الحاجات الكامنة لدى المريض .

والعوامل الخارجيه التى تؤدى بالمريض إلى العجز النفسى نوعان : نوع منها يتلخص فى تلك العوامل التى تتآمر على جعل دفاعيات المريض المألوفة غير مجدية، ونوع آخر يشجع على الكشف عن حاجاته الكامنة . فمن العوامل من النوع الأول وخاصة إذا كان المرض مقعداً فإنه يحرم من مزاولة نشاطه العادى، ولا يشجعه الطبيب أو الممرضات أو الاهل على الحركة ، كما يشجعونه على إطالة مدة الراحة ... الخ، وكلما طالت مدة المرض كلما تغيرت الانماط السلوكية لأفراد أسرته وعدلت على أساس التعامل معه كمريض ، فإذا ما شفى كان من الصعب عليه وعليهم تغيير هذه الأنماط للعودة إلى الانماط السابقة لمرضه . وكل هذه العوامل وغيرها تتدخل فى رغبته فى الاستقلال والنشاط والاكتفاء الذاتى وبالتالى تضعف دفاعياته ضد رغباته الكامنة فى الاعتماد على الغير . هذا فى الوقت الذى تشجع فيـــه عوامل أخرى التعبير عن هذه الحاجة . إذ أن المرض يأتى معه بعطف الأسرة والاصدقاء وحبهم ورعايتهم وتحقيق الرغبات التى لم تكن تحقق فى الصحة وليس هناك من بأس عند الكثيرين من الناس من تقبل هذا الوضع مؤقتا حتى يتم لهم الشفاء. وهذه المرونة النفسية هى التى تهىء الظروف للشفاء غير أن المرضى الذين نتكلم عنهم يفتقدون إلى مثل هذه المرونة . فهم فى البداية يقاومون الكف عن النشاط والاعتماد على الغير فاذا ما تحطمت دفاعيات المريض وسمح لنفسه باشباع حاجاته الكامنة

بالتمتع بامتيازات المرض أصبح من الصعب عليه أن يتخلى عن هذا الاشباع إذا عاد سليما معافى . وهذا يتطلب من الأطباء معرفة هذا النوع من التكوين النفسى لبعض المرضى حتى يتخذ طرق الوقاية التى تحول دون إستسلام المريض لمرضه . على أى حال إن شفاء المريض جسمانيا يجب ألا يعنى عند المحيطين به التبخر الفجائى للسلوك الطفلى للمريض . فعملية العودة إلى الحياة الطبيعية تتطلب التدرج وتأخذ بعض الوقت .

امراض القلب

من الأفكار السائدة منذ القدم أن القلب مركز الانفعالات ، وصور القلب على أنه عضو حساس ، يحز فيه الألم ، وينتشى بالسرور ، ويخفق بالحب ، وتعتصره الأحزان ، ويثقله الهم ، ويستخفه السرور وهكذا ... إلا أن القلب ليس عضواً ضعيفا كما يتصور البعض وعلى الرغم من أن أمراض القلب تعتبر من الأمراض الخطيرة إلا أنه من المعروف أن معظم من يشكون من آلام فى القلب أو فى منطقته آلامهم وهمية ولا يوجد لها أى أساس عضوى. من ذلك الآلام التى يشكو منها المرضى بالنيورستانيا أو بوهم المرض Psychathenia . فنظراً القلق الذى يجتاح هؤلاء ، وحساسيتهم لوظائفهم الجسمانية ، فإن حساسيتهم لنبضات قلوبهم تكون كبيرة . وهذه ظاهرة يعرفها الأطباء فيمن يعانون من القلق أو من شعور بالذنب أسبابه لا شعورية .

والأسس النفسية لكثير من أمراض القلب لا زالت غير معروفة وإن كان هناك من الأدلة ما يشير إلى أن لها مكانها . وتتفاوت الاستجابات النفسية للمرضى بالقلب تفاوتا كبيراً إذ تتراوح ما بين التجاهل التام للمرض وبين الرعب والفزع .

والأعراض العصابية المختلفة التي لوحظت على المرضى بأمراض مزمنة فى القلب هى الخوف من الأماكن المغلقة ، والتواكل والإعتماد التام على الوالدين ، والاضطراب الانفعالى العام ، والقلق ، والشعور بالذنب ، والرعب .

إن أمراض القلب أمراض خطيرة تتطلب الحد من نشاط الفرد الجسمانى والعقلى والانفعالى ، والحياة حياة رتيبة والاعتماد الإجبارى على الآخرين. لهذا يستجيب البعض للمرض إما بالتجاهل التام ومواصلة النشاط العادى وبدون حدوث الأعراض النفسية التي يعانى منها الآخرون ، وإما بالفزع والهلع . وفى كلتا الحالتين شعور كامن بعدم الاعتراف بالواقع كما سبق أن ذكرنا فى وصفنا لسيكولوجية المرضى . وتبين كثير من الدراسات أن شخصية المريض أهم بكثير من المرض نفسه من ناحية مواجهة الفرد لمرضه والاعراض النفسية التي تبدو عليه .

امراض الجهاز الهضمى

للجهاز الهضمى فى رأى المحللين النفسيين ثلاث وظائف أساسية هى تناول الطعام ، والاحتفاظ به ، والاخراج . وفى رأيهم أن هذه الوظائف تعبر عن ثلاث نزعات إنفعالية طفلية هى الرغبة فى الأمن والتعضيد ، والرغبة فى غيظ الوالدين بالاحتفاظ بالبراز (الامساك) ، والرغبة فى العطاء للحصول على التعضيد (الاسهال). ويعتمد الرضيع والطفل على الأم للحصول على الأمن والتعضيد . غير أن البالغ الذى يسعى إلى الاستقلال والقوة يرغب حين تواجهه الشدائد (لاشعوريا) فى الأمن الذى يحتاجه الطفل والحب والتقدير والرعاية ولما كان من الصعب عليه أن يعترف شعوريا بمثل هذه الرغبات فإنه يقوم بعمليات تعويضية

مناقضة فيها زيادة الجهد . وهنا تقوم المعدة بوظيفة مضاعفة إذ تستخدم للحصول على الحب بالاضافة إلى وظيفتها العضوية كجهاز للهضم . يؤدى هذا إلى زيادة نشاطها وزيادة إفراز العصارة المعوية التى لا تحتملها جدرانها فتنشأ القروح .

ويقسم الكسندر (١٩٥٤) أصحاب إضطرابات الجهاز الهضمى تبعا للوظائف السابقة إلى أنماط ثلاثة هى : النمط المعدى ، ونمط الاسهال ، ونمط الامساك . فنى نمط المعده حيث تكون الاصابة فى العادة بقرحة الاثنا عشر وعصاب المعدة تكون رغبات التناول والأخذ قوية ويحاربها المريض بقوة لأنها تتصل بصراع حاد فى شكل شعور بالذنب وإحساس بالنقص مما يؤدى إلى إنكار هذه الرغبات وتتلخص الدينامیكية فى هذا القول « أنا لا أريد الأخذ أو التناول أنا نشط وكفء ولا توجد لدى مثل هذه الرغبات . »

أما نمط الاسهال ويسمى أيضا بالنمط القولونى فتتلخص ديناميكية فيما يلى : « من حقى أن آخذ وأن أطالب لأنى أعطى من ناحيتى بما فيه الكفاية . أنا لا أريد أن أحس بالنقص أو بالذنب من أجل رغباتى فى الاخذ لأنى أعطى شيئاً بدلا عما آخذه » .

وفى نمط الامساك تكون الديناميكية كما يلى : « أنا لا آخذ شيئاً وبالتالى فلست مرغما على العطاء » .

لهذا تبين كثير من الدراسات أن الافراد الذين يتميزون بحدة النشاط والطموح والذين يرغبون فى تحمل المسئولية ويبذلون الجهد كثيراً ما يقعون فريسة مرض القرحة فى المعدة أو فى الاثنى عشر . فالسمات التى تتميز بها هـــذه الشخصيات تمثل تعويضا زائداً لتغطية النزعة نحو الاعتماد والاخذ التى تزداد حدة كلما زادت معارضتها وعدم السماح لها بالتعبير بطريقة سوية .

أما فى النمط القولونى فيبدو إما أن هناك رغبة طفلية للانتاج مع وجود نزعة للمصالحة، أو ٢ ـ دافع سادىشرجى يستخدم فيه البراز كسلاح للعدوان . وفى هذا النمط يتم التعبير عن نزعات الإنتاج أو المصالحة أو الهجوم عن طريق الجهاز الارادى ولأن الوظائف الاخراجية لها دلالة رمزية من ناحية العطاء والهجوم فانها تحل محل العطاء الحقيقى للآخرين أو مهاجمتهم .

هذا وتجب الإشارة إلا أنه من الممكن أن تتداخل الانماط وتبدو أعراضها فى الفرد الواحد ، فمن يصابون بأمراض المعدة يصابون أحيانا بالاسهال ، كما أن أصحاب النمط القولونى قد يصابون أحيانا بالامساك .

ويرى المحللون النفسيون أن الجهاز الهضمى تبعا لوظائفه الثلاث الاساسية يناسب التعبير عن النزعات البدائية الثلاث (الاخذ ، والحفظ ، والعطاء) إذا لم يتم التعبير عنها تعبيراً سويا عن طريق الجهاز الحركى الارادى أو عن طريق الجهاز الجنسى إذا حدث له كف بالصراعات الداخلية ويناسب الجزء العلوى من الجهاز الهضمى طبقا لوظيفته الطبيعية التعبير عن نزعات الاخذ بينما يناسب الجزء السفلى منه التعبير عن العطاء أو الحفظ .

الربـو

إهتم معهد التحليل النفسى بشيكاغو بدراسة الامراض النفسجسمية معتمداً فى تفسيرها على مفاهيم التحليل النفسى. وقد اعتمدنا على نتائج دراساته فى تفسير أمراض الجهاز الهضمى . ونعتمد فى تقسيمنا للربو على نتائج دراسات فرنش French (١٩٤٤) أحد أعضاء هذا المعهد الذى أولى عنايته لهذا المرض وفى رأيه أن المرضى بالربو يحركهم خوف لاشعورى من فقدان الام أو من يقوم مقامها

كما تحركهم رغبة قوية فى إستعادة حب الام بالاعتراف لها بالذنب ، غـير أن الاعتراف بالذنب أمر يبعث على الخوف فتختنق الكلمات فى الحلق وتبدو حشرجة الازمة . والاعتراف عملية دفاعية تستخدم الكلام ، والكلام عملية يتدخل فيها الجهاز التنفسى ،فليس عجبا أن تكون هناك علاقة وطيدة بين الاعتراف وأزمات الربو . هذا بالاضافة إلى أنه يبدو أن هناك علاقة بين الربو والضحك أو البكاء ، فأزمة الربو تبدو وكأنها نوع من البكاء ، أو صيحة من القلق أو الغضب تم قمعها وكفها . فأول إستجابة للطفل عند فصله عن أمه فى عملية الولادة هى البكاء ، ويظل البكاء طيلة مرحلة المهد والطفولة الاستجابة المألوفة فى مواقف الازمات والشعور بالضعف حين يشعر بحاجته للأم لأن تكون بجانبه . فاذا ما تقدمت به السن يتعدل البكاء كاسلوب بدائى إلى الكلام ، ويظل الاعتراف له وظيفة فى حفظ الرابطة بين الطفل وأمه . ولسبب أو لآخر لوحظ أنه فى المواقف التى تستثير أزمات الربو يعجز الطفل عن البكاء . ويعترف كثير من مرضى الربو أنه مرت عليهم سنوات دون أن يبكوا مرة واحدة، كما يباهى البعض بأنه لم يشعر بالخوف أبداً ، وهناك آخرون يرون أن البكاء مستحيل عندهم فى مواقف معينة فقط. ويذكر فرنش أنه فى علاج المرضى كثيراً ما استطاع المحللون النفسيون إستبدال أزمات الربو بنوبات من البكاء .

والمواقف التى تستثير الخوف من فقدان حب الام والتى تبعث على أزمات الربو مواقف الاغراء الجنسى . وتتوقف علاقة أزمات الربو بعقدة أوديب على جنس المريض . ففى الذكور يكون الصراع بين الدافع الجنسى نحو الأم والخوف من فقدان حبها. أما فى البنات فيبدو أن المواقف التى تبعث على الازمات

مواقف تكون فيها الرغبة الجنسية نحو الأب مهددة بفصل الطفلة الصغيرة عن أمها .

ومن الطريف أن الاغراء الجنسي وليس الاشباع المحرم الذى يبعث على الأزمة . فقـــد بينت الدراسات أنه إذا سار المريض شوطا نحو الانزلاق فى ممارسة جنسية فعلية فان ذلك يمكن أن يتخذ دلالة على أنه قد سيطر على الرعب من فقدان حب الأم بشكل يمكن أن يحول من مجرى أزمة الربو . إذ يبدو أن أزمة الربو تمثل رد فعل لشعور حاد بالضياع.وفى وقت الاغراء يكون الاعتماد على الأم كبيراً ويغلب التهديد بفقدانها المريض على أمره فتحدث الأزمة . فاذا خضع للاغراء فمن الممكن ألا تحدث الأزمة .

على أى حال يجب أن نلاحظ أن التدخل فى عملية التنفس يعتبر خبرة مخيفة فى حد ذاتها لهذا يوجد لدى كل مريض بالربو كمية من القلق الأساسى تزيد عن الحد . ويجب ألا نخلط بين القلق المنبعث عن الخوف من الاختناق والخوف اللا شعورى من فقـــدان حب الأم . ويمكن التمييز بين النوعين بالانتباه إلى الأعراض الجسمانية . فالمريض الحقيقى بالربو يجد صعوبة فى إخراج الهواء من رئتيه ، وفى إمتصاص كميات من الأوكسجين إذا أعطيت له ، ويستجيب عادة ببطء للعقاقير المنومة . أما المريض بعصاب القلق الذى يصاب بنوبات الربو فانه يجد صعوبة فى عمليات الشهيق والزفير ويستجيب سريعا للأوكسجين والمخـــدرات .

ومريض الربو المصاب بالاكتئاب يعانى من اليأس من الشفاء ، وهـذا النوع يكون اكتئابه أوليا بينما يكون الربو ثانويا .

ويستغل بعض المرضى بالربو مرضهم للحصول على التعضيد والعناية والاهتمام ويستجيبون للتعاطف النفسى كما يستجيبون للعلاج الطبى .

وسواء أكانت صعوبة التنفس تؤدى إلى قلق ثانوى أو أن القلق الأساسى والاكتئاب والتواكل والخوف عوامل أولية بينما الآلام الجسمانية ثانوية ، فهذه مشكلة على الطب أن يكتشفها فيما يختص بكل مريض على حدة على أى حال فنى هذا المرض كما فى غيره من الأمراض يبدو أن العوامل النفسية سواء أكانت أولية أو ثانوية أمر لا يمكن تجاهله .

الباب السابع

الاضطرابات العضوية فى المخ ، والصرع
والتاخر العقلى ، والشيخوخة

الفصل الخامس عشر

الاضطرابات العضوية فى المخ

فى عرضنا للتطور التاريخى للطب العقلى فى الفصول الأولى بينا أن هناك إتجاها قويا لازال سائدا له جذوره التاريخية يؤكد أن أى شذوذ أو إنحراف لابد أن يكون له أساسه المرضى فى المخ نتيجة لتغيرات تكوينية أو نوع من العدوى. وإذا كنا عاجزين حاليا عن تحديد طبيعة التغيرات التكوينية التى تطرأ على المخ أو تحديد المنطقة التى يوجد فيها المرض فى كثير من الاضطرابات العقلية، فلا يعنى هذا أننا لن نتمكن من إكتشاف ذلك فى يوم من الأيام. على أى حال من الثابت أن هناك أنواعا من السلوك الشاذ والخبرات العقلية الشاذة التى تحدث نتيجة لتغيرات تكوينية فى المخ أو فى وظيفته. فالمخ إذا لم يتطور فى نموه تطوراً طبيعيا، أو إذا تأثر بميكروبات معينة أو بالتخدير أو لحق به الضرر بشكل أو بآخر، أو لحقت باجزاء منه الأورام، فإننا نتوقع إضطرابات سلوكية تدخل دراستها فى مجال طب الاعصاب وجراحة الأعصاب. وسنتناول فى هذا الفصل الاضطرابات السلوكية والمرضية المرتبطة بأورام المخ، والشلل الاهتزازى أو (مرض باركنسون Parkinson)، وشلل الأطفال، والخوريا أو (مرض هنتجتون Huntington، وذهان الشلل العام، والصرع. ونتكلم فى الفصلين التاليين عن والضعف العقلى والشيخوخة ويعتمدان أساسا على تغيرات مرضية فى المخ.

١ — أورام المخ

Brain Tumors

يتعرض الجهاز العصبي المركزي للأورام التي تتفاوت في درجتها. وتحدث هذه الأورام في جميع مراحل العمر غير أن نسبتها ترتفع ما بين سن ٣٠ و ٥٠ سنة ولا يوجد علاقة بينها وبين الجنس ، أو القوميـــة ، أو المستويات الإجتماعية والاقتصادية . وترتفع نسبتها بين الرجال عن النساء . وتبلغ نسبتها في المرضى بأمراض عقلية حوالى ١٫٧ ٪ وهذه النسبة لا تختلف عن النسبة التي توجد بين غيرهم من المرضى مما يدل على أن هـذه الأورام ليست هي الأساس في كثير من الأمراض العقلية . على أي حال يقال أن الاضطرابات العقلية تصحب الأورام في المخ في نسبة تتراوح مابين ٤٠ ٪ إلى ١٠٠ ٪ من الحالات . ومن الخطوات الأولية التي تتخذ في تشخيص الامراض العقلية تحديد ما إذا كانت الأسباب عضوية أو أن المرض وظيفي . وقد ابتدع الاخصائيون النفسيون الاختبارات النفسية التي يمكن أن تساعد في هذه العملية .

ويتوقف السلوك العام للمصاب بورم في المخ على مكان الورم، وسرعة نموه، والحالة التي وصل اليها . ففي المراحل الأولى يلاحظ على المريض سرعة الاستثارة، والشعور بعدم الراحة ، والنزعات العدوانية ، كما قد يشعر المريض شعوراً غامضا بالضيق أو بآلام حقيقية في الرأس . ونظرا لحالة التوتر التي قد يكون فيها المريض فإنه قد ينفجر في نوبات غضبية ، وكلما ازداد الورم يتحول عدم الشعور بالراحة إلى حدة في النشاط ، وقد يتهيج بعض المرضى ويلجأون إلى العنف والتحطيم والتخريب . وقد تتلو حالات الهياج حالة من عدم الاهتمام والبلادة العاطفية ، ويحتاج المريض لبذل مجهود غير عادي للقيام بأداء أوجه النشاط اليومي .

ويضطرب كلام المريض ويتوقف مدى الاضطراب أيضا على مكان الورم ومداه ومدى الاضطراب العقلى الذى يعترى المريض ومزاجه . ففى البدايه تبدو شكوى المريض فى شكل هستيرى يصعب معه تمييز ما إذا كان المرض وظيفيا أو عضويا ، وبتقدم المرض يفقد المريض التلقائية ويعترى كلامه الرتابه والتأخر فى النغمة وفى طريقة الكلام . ويبذل المريض جهداً كبيرا لفهم ما يوجـــه اليه من اسئلة والاجابة عليها ، وكلما كان السؤال صعبا كلما كان المجهود أكبر . وفى خلال ساعات قليلة قد يتحول المريض من حالة صمت إلى حالة يتمكن فيها من الاجابة على الاسئلة التى توجه اليه إجابات سليمة .

وإضطرابات الكلام مألوفة فى نسبة حوالى ١٠٪ من الحالات حيث لا ينطق المريض إلا بكلمات قد لا يفهمها من يسمعها.

ويصاحب القلق أو الخوف أو الاكتئاب أو التجلى أو عـدم الاهتمام أورام المخ . ولا يوجد تسلسل معين للحالات المزاجية ولكن يمكن القول أنه فى البداية يفقد المريض المبادأة والشجاعة ثم يصبح شخصا يفقـــد صبره سريعا سريع الاستفزاز ، وكلما زاد المرض كلما زاد إهتمامه بنفسه وكأنما سيواجه نكبة . وفى المراحل الأخيرة يفقد معظم المرضى الحساسية للالم ، ويفقدون البصيرة، والحساسية للواقع ، ويقل إهتمامهم بمرضهم وبالعرف وبالمسئوليات كما يهملون الاهتمام بمظهرهم ونظافتهم وبعض المرضى يصيبه الاكتئاب ويحاول الانتحار .

ويصاب المرضى بأورام المخ بالهلوسة التى لاتختلف عن الهلوسة المصاحبة للامراض الاخرى والهلوسة عادة بصرية وسمعية .

ويفقد المريض إحساسه بالزمان والمكان ، ويأتى فقدان الاحساس بالزمان أولا ثم يبدأ عجز المريض عن التعرف على ما يحيط به، وينتهى إلى العجز عن التعرف

على أقاربه . وفى الحالات الشديدة يعجز بعض المرضى عن التعرف على طريقهم فى محيط المنزل فيتجولون بدون هدف ويتوهون فى منازلهم .

٢ — الشلل الاهتزازى

Paralysis agitans

ويسمى أيضا بالفالج الارتجـــافى أو ذى الرعشة أو مرض باركنسون Parkinson وسبب هذا المرض غير معروف فى معظم الحالات. لقد كانت إصابه بعض الحالات بعد الاصابة بمرض النوم ، وإصابة البعض الآخر بعد التسمم بأول أوكسيد الكربون، وحالات أخرى يسود الاعتقاد بأن السبب فى إصابتها إستعداد وراثى.

وكان جيمس باركنسون أول من أعطانا فى سنة ١٨١٧ وصفا منظما لأعراض هذا المرض . إذ ذكر أن المرض يتميز بحركة إهتزازيه لا إرادية فى الجسم مع ضعف القوة العضلية ونزعة إلى إنحناء الجذع أماما وتخلخل المشى نتيجـــة لتحول الخطوة من خطوة هدفها المشى إلى خطوة جرى ، مع عدم إصابة النواحى الفكرية والحواس .

ويمثل هـذا المرض نسبة أقل من ١ ٪ من لأمراض العصبية . ويوجـد فى كل البلاد وفى كل المستويات الاقتصادية والاجتماعية وترتفع نسبته بين الرجال عن النساء ، ويبدأ ظهور المرض فى العادة فى السن ما بين ٥٠ و ٦٠ سنة. وفى بداية المرض تظهر الأعراض الآتيـة : بطء الحركة وعدم مرونتهـا ، وتخشب جسم المريض ، ووضع خاص تتخذه اليدان أثناء الراحة ، وكلما ازداد المرض يبدأ إهتزاز إحدى اليدين أو كلتاهما، ويشكو المريض من صعوبة مسكه للاشياء، ويفقد الوجه قدرة التعبير عن الانفعالات . ويبدو مقنعا بصورة واحدة تحدق فى فراغ.

ويفقد هؤلاء الأفراد المبادأة وتصعب عليهم عملية البدء بالقيام بأى عملية من عمليات النشاط اليومى فيجمد نشاطهم .

٣ — شلل القشرة المخية

Cerebral Palsy

ويسمى أيضا بشلل الأطفال القشرى وهو مرض فيه عجز حركى نتيجة لتغيرات فى المخ موجودة منذ الولادة أو بعد الولادة بفترة قصيرة ويظل أثرها طيلة حياة الفرد. ولعل أهم عرض فى هذا المرض هو التشنج أو التقلص الذى يعترى إما جانبا من الجسم أو عضوا من الأعضاء أو كل أعضاء الجسم أيضا فى الحالات الحادة . وهذا التشنج أو التقلص عبارة عن حالة فقدان المرونة فى العضلات يصحبها عجز فى التحكم الارادى فى الحركة . ويولد حوالى ½ هؤلاء الأطفال قبل إتمام فترة الحمل . ولاتلاحظ الأعراض على الطفل لعدة أسابيع أو عده أشهر بعد ميلاده . ويمكن بعد عدة أشهر ملاحظةعجز الطفل عن الجلوس أو رفع الرأس مع صعوبة فى البلع . ويتأخر هؤلاء الأطفال عادة فى الكلام ويتأخرون فى النمو وإن كان التحسن فى التناسق العضلى من الأمور المألوفة حتى سن ١٢ سنة والخلاصة أن أهم مايتميز به هذا المرض هو العجز الحركى منذ الولادة . ونسبة الضعف العقلى بين المصابين بهذا المرض تصل إلى حوالى الثلث وتؤثر العاهة الجسمانية كأى عاهة أخرى على نمو المصابين بهذا المرض وتكيفهم الاجتماعى . وتظهر هذه المشكلة بوضوح فى عجز هؤلاء الأطفال عن التنافس مع زملائهم حركيا فى المدارس وتعرضهم لسخريتهم ، وتصبح منذ الطفولة العلاقات الاجتماعية مصدراً من مصادر مشاكل هؤلاء الناس . والواقع أن الدراسات التى قورن فيها هؤلاء المرضى بالسويين قد بينت أنه لايوجد إختلافات

جوهريه بينهم وبين الأسوياء فى كثير من مظاهر الشخصية اللهم إلا من ناحية النمو الانفعالى والنضج مما يبدو نتيجة طبيعية للظروف البيئية التى يضطر هؤلاء المرضى إلى الحياة فيها .

خوريا هنتنجتن

Huntington Chorea

ويتميز هذا المرض بالعوامل التالية : ١ - وجود عامل وراثى ٢ - يبـدأ متأخراً أى فى فترة من العمر متأخرة ما بين سن ٣٥ - ٤٠ يصاحبه شذوذجسمانى وعقلى ولاتسبقه أى شواهد تدل عليه ٣ - عـدم معرفة كنه الاصابة فى المخ ٤ - تدهور عقلى مستمر وملحوظ. وكل أنواع الخوريا وأشهرها خوريا سيدنهام Sydenham أو رقصة القديس فيتس Vitus ' dance تتميز بحركات عضلية إيقاعية منظمة وتكون الأعراض فى البداية عبارة عن إهتزازات حركية مصحوبة بخجل وسرعة الاستفزاز ثم التدهور العقلى . وينزع كثير من المرضى إلى الانتحار والاصابة بالجنون . ويوجد هذا المرض فى جميع بلاد العالم . وإذا بدأ المرض فإنه لايتوقف إلا فى النادر . ومتوسط الفترة التى يمكن أن يعيشها الفرد بعد إصابته بالمرض تتراوح مابين ١٠ و ١٥ سنة .

على أى حال فى المراحل الأولى للمرض لايوجد فى العـادة مايعوق الحركة الارادية التى يتلو القيام بها فى العادة الحركة اللا إرادية التى تميز المرض وتكون الأعراض الأولى للمرض عادة إنفعالية أكثر منها عقلية إذ يكون المريض سريع الاستثارة ،حاد الطبع، عاجزاعن ضبط نفسه والبعض يصبح متعقبـا لمن حوله، يبحث عن الأخطاء جامداً فى تصرفاته، والبعض الآخر يدعى العظمة والتعـالى، وفى بعض الأسر التى يوجد فيها هذا المرض يكون الانتحار أمراً مألوفا وفى

بعض الاسر يتوافر إدمان الخمر والمخدرات والافراط الجنسي أو العنف والتخريب، وكلما زاد المرض كلما تدهورت الناحية العقلية إذ تضعف الذاكرة والقدرة على التركيز ويصاب الادراك .

٥ ـ الشلل العام

General Paresis

وهذا المرض مثل حى لاضطراب عقلى كشفت عن طبيعته التجارب العلمية المعملية. فاعراضه الجسمانية والعقلية واضحة، ومن النادر الخلط بينها وبين الاضطرابات العقلية أو الجسمانية الأخرى . وتؤكد البحوث المعملية التشخيص الذى يتم تبعا للاعراض الجسمانية والعقلية . ويمكن فى العادة التنبؤ بسير المرض. وسبب المرض معروف وهو إصابة الجهاز العصبى المركزى بما يسبب مرض الزهرى مما يؤدى إلى تحطيم أنسجة المخ ذاته، كما تم إكتشاف طرق العلاج . وهذا المرض فى جوهره عبارة عن شلل تدريجى مصحوب بتدهور عقلى معين . وقد بدأت نسبته تقل بعد إكتشاف علاج الزهرى .

ويرى البعض أن المرض يسير فى مراحل ثلاث هى : مرحلة النيوروستانيا ، ومرحلة التدهور ، ومرحلة الهزال . ففى مرحلة النيوروستانيا يعجز المريض عن النوم ، ويعانى من سهولة الاستثارة ، ويفقد الاهتمام بعمله ، ويبدأ فى إظهار بعض التصرفات البدائية . وقد تتميز هذه المرحلة بفقدان النشاط وقد يستمر بعض المرضى فى عملهم العادى غير أنهم بالتدريج يجدون صعوبة فى الاستمرار .

وفى المرحلة الثانية يتصرف المريض تصرفات فيها غباء عقلى إذ قد يقدم هدايا غالية الثمن لأفراد لايمتون له بصلة . وقد يبدأ بعض المرضى فى السرقة ، وإذا سرقوا فهم يسرقون أشياء تافهة وأمام أعين المشاهدين، وتستمر ذاكرة المريض

وقدرته على الفهم فى التدهور إلى الحد الذى، يعجز فيه المريض المتعلم تعليما عاليا عن حل مسألة حسابية بسيطة،ويفقد المريض تدريجيا قدرته على التعرف على مسكنه وعلى أقاربه . وغالبا ما تظهر أعراض كالأوهام ، والاكتئاب ، والهياج الخ . ويمكن تمييز أشكال مختلفة من الشلل العام تبعا للاعراض السائدة: الشعور بالعظمة أو الاكتئاب أو الهياج .

وفى مرحلة الهزال يفقد المريض كل مهاراته ويضطر للبقاء فى السرير وتظهر عليه مظاهر الشلل العام . ويؤدى البقاء فى السرير إلى قروح فى الجسد وكسور فى العظم . ويصل التدهور بالمريض إلى عجزه عن التعرف على إسمه كما يضع أى شىء فى فمه يصل إلى يده . ويقع المرضى فى هذه المرحلة ضحية لأمراض السكته أو أى أمراض عارضه .

وتمثل إضطرابات الكلام عرضا مبكراً لهذا المرض إذ يعجز المريض عن نطق الكلمات الصعبة أو التحدث بسرعة . وتضيق حدقتا العينين ويكون هناك فرق بينهما فى الاتساع . وتقل حساسية المريض ، إذ لايحس بأى خدش يحدث فى جسمه ، ويتغير خطه .

ويقوم علاج هذا المرض على علاج الزهرى والعلاج بحمى الملاريا.ويتوقف نجاح العلاج على سرعة تقديم العلاج قبل استفحال المرض . وإن كان هناك مايشير إلى إمكانية نجاح العلاج مع من استفحل معهم المرض .

٦ — الصرع

الصرع حالة من الاضطراب فى النشاط الكيميائى الكهربائى للمخ ، تؤدى إلى ظهور أعراض منها الغيبوبة والتشنج العصبى ،ويصاحبه كثير من المشاكل النفسية. ويعتبر هذا المرض من أقدم الأمراض التى عرفها المصريون القدماء والعرب

واليهود ، وكتب عنه أبقراط حوالى سنة ٤٠٠ ق . م وهذا المرض معروف فى كل الشعوب وفى كل الأجناس ، وبالرغم من أن من يصابون به يكونون عادة فى مستوى ذكاء متوسط أو فوق المتوسط ، إلا أن المرض يحول بينهم وبين كثير من الوظائف والقيام بكثير من الأعمال . وقد شاهـــدت الاربعون سنة الماضية لحسن الحظ تقدما كبيرا فى تشخيص هذا المرض وبيـان أسبابه مما ينبىء بإمكان السيطرة عليه وحل مشكلته التى أستعصت على الحل طوال هذه القرون .

انواعه واعراضه .

١ ـ أشد حالات هذا المرض هى التى يصاب فيها المريض بالنوبة فجأة بالرغم من وجوده فى حالة عادية قبل ذلك بدقائق،فيخر مغشيا عليه فى عرض الطريق أو فى المنزل أو فى أى مكان ،ويغيض لونه وترتسم على عينيه نظرة كنظرات المشدوه، فتتخشب أطرافه ، ويخرج الزبد من فمه ، وتعترى الجسم حركات تشنجية ما بين تقلص وارتخاء فى حركات متتابعة ، ويكز على أسنانه وقد يعض لسانه فيقطعه، وقد يجد صعوبة فى التنفس عند بدء الصدمة ،وقد يتبول المصاب أو يتبرز لاإراديا، فاذا ما مضى عليه ما بين دقيقتين وعشر دقائق يذهب فى سبات عميق ، ويبقى على تلك الحالة أحيانا مدة قد تستمر إلى مايقرب من الساعة، ويخشى على المصاب عند وقوعه تعرضه لإصابات جسمانية من أثر إصطدامه بالأرض أو وجوده فى عرض الطريق أثناء مرور سيارة فتدهمه ، وما إلى ذلك .

ويمكن تلخيص أعراضه فى الغيبوبة التامة الفجائية ، والتشنجات الجسمانية ، والسبات بعد الصدمة ، والتنبه التدريجى ، وقد تصيب الفرد النوبة نهاراً أو ليلا أثناء نومه .

ومما يلاحظ أن مايزيد عن ٥٠ ٪ من المصابين بهذا النوع الحاد يسبق حالات التشنج عندهم بعدة ثوان مايشبه الانذار باقتراب النوبة ، ويختلف نوع الإنذار من فرد لآخر ، فقد تكون مجرد شعور بإحساسات معينة فى المعدة ، أو الدوار ، أو تمل فى الأقدام أو الأيدى ، وقد تكون هناك إحساسات غريبة فى العين أو الرأس أو العضلات وما إلى ذلك .

٢ - ومن حالات هذا المرض حالة أخف من الأولى ، تبدو أعراضها فى شكل نوبات قصيرة من الدوار وفقدان الشعور ، واضطراب فى تعابـير الوجه ، وتوقف عن العمل ، قد تمر سريعا جدا دون أن يلاحظها أحد حول المصاب الذى يعود بعدها إلى حالته الطبيعية . وقد تكون النوبات أقسى من ذلك مع بعض الأفراد ، فقد يتدلى الرأس وتحدث بعض التشنجات العضلية . وقد تتطور هذه الحالة إلى حالة عنيفة من حالات النوع الأول . وتكون حالات النوع الثانى أكثر تكراراً من حالات النوع الأول ، فقد يعانى من نوباتها الفرد من واحدة إلى مائة فى اليوم .

٣ - النوبات الجاكسونية Jacksonian Seizure : وتتميز هذه النوبات بتشنج عضو من أعضاء الجسم كالذراع أو الرجل ، ولا يفقد معها المصاب شعوره إلا أنه يفقد إرادته فى التحكم فى حركة العضو الذى يبدو فيه المرض ، وقد تنتشر النوبة وتتحول إلى نوبة كبيرة من النوع الأول .

٤ - والنوع الرابع تختلف أعراض النوبات فيه من فرد إلى فرد ، إذ تضطرب الحالة الشعورية للفرد الذى يتصرف ويتكلم وكأنه فى حالة لاشعورية . فيمشى ويكز على نواجذه ، ويرتدى ملابسه ، وقد يتكلم كلاما غير متسق ، ويجيب إجابات

مضطربة على ما يوجه اليه من أسئلة . وقد تستمر مثل هذه النوبات معه لعدة دقائق وقد تطول فتستمر ساعات أو أياما . ويبدو بعض المصابين وكأنهم مخمورون ويعتدون على كل من يتدخل فى تصرفاتهم ، وقد يرتكب البعض منهم جرائم أثناء النوبة لا يتذكرها بعد انقضائها .

ويعانى بعض الأطفال المشكلين من هذا النوع من الصرع ، ويظهر هذا فى سلوك المشاكسة والاعتداء والتخريب والهرب والبذاءة ، حتى إذا ما انتهت هذه النوبات بدا الطفل هادئا وديعا حسن السلوك . ومن السهل اكتشاف هؤلاء الأطفال عن طريق الرسوم البيانية لتيارات المخ الكهربائية Electro encephalogram (EEG)

اسبابه .

مما لاشك فيه أن إصابة المخ بجرح أو زوائد أو ما شابه ذلك تؤدى إلى إصابة عدد كبير بالصرع ، إذ تدل البحوث على أن حوالى ٣٥ ٪ ممن أصيبوا بجراح فى الرأس وصلت إلى المخ أصيبوا به . ويعزى المرض فى هذه الحالات إلى حالة إصابات المخ .

ويعزى المرض فى بعض الحالات التى لا توجد فيها أى إصابة فى المخ إلى إنخفاض منسوب السكر فى الدم ، أو التخدير أو إضطراب نشاط الغدد فوق الدرقية ، وغير ذلك من التغيرات الفسيولوجية التى تؤدى إلى تغير كيمياء الدم فى المخ ونظام توزيعه فيه .

وهناك من الحالات ما لا يمكن أن يعزى المرض فيها إلى أى إصابة فى المخ أو التغيرات الفسيولوجية ، ويسمى المرض فى هذه الحالات بالصرع الحقيقى أو بالصرع الأولى .

ومما يساعد على تشخيص هذا المرض إمكانية الحصول على رسوم بيانية لتيارات المخ الكهربائية E E G فقد يبنت هذه الرسوم إختلاف هذه التيارات فى المصابين به عن العاديين ، كما تساعد كثير من الاختبارات النفسية على إكتشاف المصابين به أيضا .

وقد تقدم الطب تقدما كبيرا فى سبيل السيطرة على هذا المرض وعلاجه أو التخفيف من حدته .

الفصل السادس عشر

التأخر العقلى

Mental Retardation

مقدمة .

فى سنة ١٩٥٣ اشتركت منظمة الصحة العالمية WHO مع منظمة العمل الدولية ILO مع اليونسكو فى عقد لجنة للخبراء لمناقشة موضوع التأخر العقلى، واصدرت اللجنة تقريراً فى سنة ١٩٥٤ يتضمن توصيات للدول والحكومات بشأن هـــذا الموضوع . وعقد المكتب الاقليمى للصحة العالمية بأوروبا ندوتين إحداهما فى أوسلو سنة ١٩٥٧ والثانية فى ميلان فى سنة ١٩٥٩ . وفى هاتين الندوتين اتيحت الفرصة لاطباء الأطفال وأطبـــاء الأمراض العقلية وعلماء النفس والمعلمين والاخصائيين الاجتماعيين لمناقشة أدوارهم فى معالجة مشكلة ضعفاء العقول وإمكانية التنسيق فى الخدمات التى يمكن أن تقدمها كل فئة . وتحت زيادة الاهتمام بمشكلة التأخر العقلى خصصت لجنة خبراء الصحة العقلية جلستها فى سنة ١٩٦٧ لمناقشة تنظيم الخدمات للمتأخرين عقليا ، وطلعت بتقريرها الخامس عشر سنة ١٩٦٨ تقدم فيه مقترحاتها وتوصياتها . وسنحاول فى هذا الفصل أن نبرز أهم الاتجاهات التى يتداولها التقرير على أساس أنها تمثل أحدث ما كتب فى الموضوع وأحدث الاتجاهات .

حجم مشكلة التأخر العقلى .

إن المعلومات التى لدينا عن حجم هذه المشكلة من ناحية نسبة المصابين بالتأخر

العقلى إلى المجموع الكلى للسكان ليست محددة، إلا أنه يمكننا القول أن التأخر العقلى موجود فى كل الشعوب وفى كل الأجناس. ويلاحظ أن البحوث المختلفة التى اجريت فى بلدان مختلفة لتحديد حجم مشكلة التأخر العقلى تأثر التحديد فيها بمجال البحث، وتعريف المفاهيم وأنواع الأدوات التى استخدمت فى القياس. ومع ذلك يمكننا القول أن هذه البحوث قد بينت أن نسبة التأخر العقلى بين السكان تتراوح بين ، و٣ ٪ . ويبدو أن نسبة المتأخرين عقليا أعلى فى سن التعليم عما هى عليه قبل هذه السن وبعدها وذلك لأن المدارس تعطى أهمية للوظائف العقلية كما أن التعليم الاجبارى يسهل عملية اكتشاف المتأخرين عقليا .

وتتفق معظم التقديرات على أن ثلاثة أرباع من يوجدون فى فصول للمتخلفين عقليا يعتبر تخلفهم بسيطا وتكون نسبة الذكاء عندهم فى العادة أكبر من ٥٠ . أما البقية والتى تمثل ربع الموجودين فى هذه الفصول ممن يعتبر تخلفهم حادا أو عميقا فتصل نسبتهم إلى حوالى ٤ فى كل ألف من الأطفال ممن هم فى فئة العمر من ١٠ إلى ١٤ سنة .

وهناك من الأدلة ما يبين أن مشكلة التأخر العقلى وما يحيط بها من مشكلات تزداد يوما بعد يوم . فمما لاشك فيه أن التقدم فى مجال الطب وزيادة الخدمات الاجتماعية مما أدى إلى زيادة العمر المتوقع للمتخلفين عقليا عن الماضى ، ويعنى هذا أن الخدمات التى سوف تقدم لهم سوف يطول أجلها أيضا . كما أن زيادة التحضر ، وتفرق أفراد الأسرة تبعا لذلك ، وزيادة التصنيع مما عقد مشكلة تقبل المجتمع للمتخلفين عقليا ولأسرهم . وسوف تواجه الدول النامية مثل هذه المشكلة مما يجب التخطيط له مسبقا .

لقد أدى زياده الاهتمام بالمشكلة إلى التعرف على بعض الاسباب التى لم تكن

معروفه من قبل على الرغم من أن معرفة الأسباب الحقيقية لا يمكن التعرف عليها إلا فى قليل من الحالات كما لا يمكن اتخاذ سبل الوقاية إلا فى حالات قليلة . ومع ذلك يبدو - ولو نظريا - أن زيادة المعرفة سوف تؤدى إلى طرق الوقاية أحسن. وفى الحالات التى لا يمكن فيها منع التأخر العقلى يمكن إتخاذ خطوات التخفيف من أثره سواء طبيا أو تربويا أو بطرق أخرى خاصة إذا حاولنا إستغلال هذه الطرق فى وقت مبكر من حياة الطفل .

فمن الاتجاهات التى تبين إمكانيات طيبة نسوقها على سبيل المثال البحوث عن الكروموزومات إذ توحى هذه البحوث بأن العدوى بفيروسات معينة قد تؤدى إلى تغيرات كروموسومية وبالتالى تغيرات خلقية فى داخل الرحم . كما أن دور سوء التغذية فى باكورة حياة الطفل وأثره فى عدم نمو القشرة المخية نموا سليما أصبح الآن معروفا . وتعطينا حاليا البحوث فى ميدان الكيمياء الحيوية نتائج هامة ، كما تعطينا البحوث حول طبيعة عمليات التعلم عند الأسوياء والمتخلفين نتائج سوف تؤدى إلى تطور المبادىء العلمية التى يمكن استغلالها فى عمليات التعليم والتدريب . وتبين المعلومات التى لدينا عن دور العوامل الاجتماعية والبيئية فى التطور العقلى أن البرامج الاجتماعية الشاملة من الممكن أن تقلل من أثر العوامل ذات الآثار العكسية المبكرة . كما أصبح لدينا وعى بأن كلا من المتأخرين عقليا والأسوياء لديهم القدرة على التغير كل حسب درجة نموه . وهـــذا التغير يبدو أحيانا تلقائيا وأحيانا أخرى نتيجة لتدخل عمدى.

محكات التأخر العقلى :

ليس التأخر العقلى مرضا له ميكروب كمرض السل أو حمى التيفود مثلا ، إنما هو شذوذ أو إنحراف يتميز بالنقص فى القدرة العقلية ، ويختلف فى درجته

من فرد لفرد . وتختلف المحكات التى تتخذ لتحديد التأخر العقلى من بلد لآخر إذ تتوقف هذه المحكات على التقاليد السائدة فى المجتمع، والفلسفة التى يعتنقها، وبالتالى درجة تقبله لهذه الظاهرة ومدى تعقد المجتمع، ومدى وجود الخدمات التى يمكن أن تقدم لأفراد هذه الفئة . لذا لا يوجد مجموعة من المحكات يمكن الاتفاق عليها لتتقبلها كل بلاد العالم . فبعض الأفراد مثلا ممن يكون تخلفهم بسيطا قد يجدون صعوبات فى الحياة فى بيئة حضرية وصناعية غير أن تخلفهم قد يمر دون ملاحظة فى مجتمع زراعى غير معقد . واختـــلاف المحكات بين الثقافات المختلفة يكون ملحوظا حين محاولة تطبيق هذه المحكات على المتخلفين الذين يقتربون من المستوى السوى غير أن الاتفاق سيكون موجودا على من يكون تخلفهم حادا. لذا نلاحظ أن المحكات لا تتوقف على الفرد وعاهته ولكنها تتوقف على مدى تعقد المجتمع ، ومطالبه التى يفرضها على الفرد ، ودرجة تحمله للانحراف .

وتنبع الحاجة إلى المحكات عن رغبة المجتمع للقيام بعمل من نوع مـــا . ويتلخص هذا العمل إما فى ا ـ العمل على حماية المجتمع أو ب ـ القيام بتخطيط تسهيلات معينة للمتخلفين ومنعهم عن القيام بأنواع أخرى من النشاط أو كليهما . وتعنى المحكات العزل بشكل معين. ولما كان السلوك البشرى يقع على متصل مستمر فهناك دائما نقطة تعسفية يوجد تحتها المتخلفون وفوقها غير المتخلفين . وسيتأثر بهذه النقطة الافراد الأقل تخلفا .

وقد ذكرنا أن هؤلاء يكونون حوالى ٣/٤ المتخلفين عقليا . ويعنى ذلك أن الافراد الذين يقعون على حدود التخلف والسواء سيكون عددهم كبيراً .

تصنيف التخلف العقلى :

إن أهم التصنيفات هى :

١ - القانونى الادارى ٢ - الاجتماعى ٣ - القياسى ٤ - السببى

٥ - الاكلينيكى النفسى .

١ - التصنيف القانونى الادارى:

يدل التصنيف القانونى الادارى على أن هناك إجراءات سوف تتخذ حيال المتخلفين عقليا . غير أن هناك ثلاث مشكلات تتعلق بهذا التصنيف هى :

ا - وصمة التسمية : فإن الفرد إذا ماوضع تحت فئة من فئات التصنيف يبقى فيها وتستمر وصمة اسم الفئة التى وضع فيها ملتصقه به .

ب - جمود الفئات : إذ نفترض عند وضعنا مجموعة من الأفراد فى فئة من الفئات انهم جميعا يملكون خصائص معينة .

حـ - تعميم إستخدام الفئات التى وضعت لهدف معين (تربوى مثلا) لأغراض أخرى وبهذا يؤدى التقسيم القانونى إلى مصاعب .

وترى لجنة خبراء الصحة العقلية (١٩٦٨) أن تصنيف التأخر العقلى يجب ألا يعنى أن التخلف حالة تستمر بالضرورة طول العمر . حقا إنها كذلك بالنسبة لمن يكون تخلفهم حادا ، إلا أنها ليست كذلك بالنسبة للغالبية ممن يكون تخلفهم بسيطا ومنهم من يطرأ عليه التحسن .

٢ - التصنيف الاجتماعى :

يقسم التعريف الاجتماعى المتأخرين عقليا فى ثلاث فئات هى :

١ - المعتوه Idiot ويتميز بأنه غير قادر على حمايه نفسه من أى خطـر جسمانى ، وهو يعانى من النقص العقلى منذ ولادته أو منذ باكورة الطفولة .

٢ - الأبله Imbcile : ويتميز بأنه عاجز عن الاسترزاق رغم قدرته على

حماية نفسه من الأخطار الجسمانية العاديه ، وذلك لقصوره عقليا منذ الولادة أو باكورةالطفولة.

٣ ـ ضعيف العقل Feebleminded : ويتميز بأنه قادر علىالاسترزاقإذا هيئت له الظروف المناسبة ، إلا أنه عاجز عن منافسة الأفراد العاديين على قدم المساواة ، أو رعايه نفسه بحكمة كغيره من الأفراد ، وذلك لقصوره عقليا منذ الولادة أو باكورة الطفولة .

غير أن هذه التسميـات التقليديه لم تعد مرغوبة حاليا لمـــا تحمله من وصمةإجتماعية.

٣ ـ التصنيف القياسى النفسى .

أما التقسيم القياسى النفسى فيقوم على نتائجإختبارات الذكاء،ويؤدىإلىبيان كمية هذا التخلف. وكان تقسيم ترمان Terman (١٩١٦)إلىعهدقريبهو المتفق عليهفى أمريكا وغيرها. وتحدد كل فئة من فئاتهذا التقسيمبمعاملالذكاء كما تبينه الاختبارات العقلية . ومعامل الذكاء هو حاصل قسمة العمر العقـــلى كما تبينه الاختبارات مقسوما على العمر الزمنى مضروبا فى مائة . وإليك هـذا التقسيم وسنبين فيما بعد الانتقادات التى توجه اليهحاليا .

معامل الذكاء	الفئة		العمر العقلى للكبار
أقل من ٢٠	معتوه	Idiot	أقل من ثلاث سنوات
٣٠ - ٥٠	أبله	Imbecile	من ٣ - ٧ سنوات
٥٠ - ٧٠	مورون	Moron	ثمان سنوات فأكثر
٧٠ - ٨٠	ضعيف العقل Feebleminded		
٨٠ - ٩٠	غبى عادى		

ويرى كل من أنستاسى وفولى Anastasi And Foley (١٩٤٩) أن القدرة اللغويه تلعب دورا كبيرا فى تعريف الذكاء تعريفا قياسيا نفسيا ، فبينيه وسيمون ـ ويعتبران صاحبي الفضل فى وضع الأسس التى أدت إلى نجاح حركة القياس العقلى ـ عرفا المعتوه بأنه الشخص الذى يعجز عن التفاهم مع غيره عن طريق اللغة ، فهو لا يتكلم ولا يفهم الكلام . كما أن اسكويرول Esquirol ميز بين ثلاث فئات من ضعاف العقول هى :

ا ـ أولئك الذين لايخرجون إلا صيحات أو عويلا.

ب ـ أولئك الذين لايخرجون إلا مقطعا صوتيا واحدا .

حـ ـ أولئك الذين يمكنهم التعبير بجملة غير مفيدة .

كما يميز البعض الآخر الأبله بأنه الشخص القادر على فهم اللغة واستعمالها ، والمورون بأنه الشخص الذى يمكنه تعلم الكتابة بالإضافة إلى فهمه للغة والتخاطب بها ، لكنه يجد صعوبة فى العمليات اللغويه والعقلية المعقدة .

ومما لاشك فيه أن الذكاء يساعد على التعلم والنجاح فى المدرسة . ويتوقف المستوى الذى يصل اليه الفرد فى تعلمه على مدى ذكائه إذا ما توفرت العوامل الأخرى. لذا كانت أهم وظائف مقاييس الذكاء هى بيان القدرة على النجاح المدرسى. ويمكننا أن نقرر تبعا لذلك أن ضعيف العقل عاجز عن التعلم والتحصيل وهـــو يختلف فى ذلك عن غيره من الأطفال العاديين.

ومما يلاحظ أن التعريف الاجتماعى يعتبر تعريفا بيولوجيا أيضا . فمن أهم الدوافع محافظة الفرد على حياته وعلى بقائه ، والشخص العاجز عن تحصيل قوته وحماية نفسه تنقصه القدرة على المحافظة على حياته وعلى بقائه ، مما يؤدى إلى

عجزه عن التكيف والتفاعل مع بيئته الماديه او الاجتماعية دون رعايه خارجية أو إشراف .

وتقويم الخصائص النفسية الاكلينيكية ضروري وأساسي لكل تصنيفات التأخر العقلي . وهذه الخصائص تتضمن القدرات العقلية والتكيف الاجتماعي ،والغرابة في التكوين النفسي المرضي ومعدل النمو العقلي في الفرد . والمألوف هو تقدير الكفاءة الاجتماعية والقدرة العقلية والتحصيل المدرسي.

لذا لايتوقف تشخيص التأخر العقلي على قياس الذكاء فقط ، ولكن على النضج الاجتماعي أيضا، وعلى مدى الاستقرار العاطفي للفرد،فصحةالفرد الجسمانية واتزانه الانفعالي ، وقدراته المختلفة ،ومهاراته ،والبيئة التي يعيش فيها ، والمشاكل التي يصادفها ، من العوامل التي يجب إدخالها في الحسبان عند تشخيص حالات التأخر العقلي ، فمعامل الذكاء وحده لايدل دلالة قاطعة على الفئة التي ينتمي اليها المتأخرون عقليا .

ويجب أن نؤكد أن تقدير كل من هذه النواحي على حدة لايؤدي الغرض خاصة في الحالات التي تقع بين السواء والتأخر . فشخص نسبة ذكائه ٦٠ قد يكون لديه كفاءة إجتماعية من ناحية قدرته على العنايه بنفسه أعلى من كفاءة فرد آخر نسبة ذكائه ٧٥ .

ويجب أن نعرف أن نسبة الذكاء IQ معرضة للخطأ وليست حكما مطلقاالآن تقنيتنا للاختبارات ليس تاما فأحسن الاختبارات تقنيتنا لهامعامل خطأ. لذا يجب في تفسير نسبة الذكاء من معرفة الاختبار وكيف تم تقنينه ومعرفة معامل إنحرافه . فنسبة ذكاء قدرها ٦٠ على إختبار المتوسط فيه ١٠٠ ومعامل إنحرافه ١٥ لايعني نفس الشيء على إختبار متوسطه ١٠٠ أيضا ويكون معامل إنحرافه١٨.

فكثير من الممارسين يفسرون نسبة الذكاء دون معرفة للشاكل التكنيكية التى تنضوى تحته .

ويجدر بى أن أشير هنا إلى أن بعض علماء النفس فى مصر قد ترجموا بعض الاختبارات النفسية المشهورة وتركوها فى أيدى طلبتهم للاستعمال دون تقنين مثلهم فى هذه العملية مثل الذى يستعمل موازينا غـــير متموغة أو من يبيع دواء لم تعتمـده معامل وزارة الصحة .

ويجب أن نشير كذلك إلى أن هناك مشكلات تتعلق بالكفاءة الاجتماعية لأنها تتوقف فى كثير من الأحيان على حكم ذاتى وتفسر الكفاءة الاجتماعية دائما فى الاطار الثقافى . ويكفى أن نذكر للتدليل عـــلى ذلك أن قانون الصحة العقلية الانجليزى الصادر فى سنة ١٩٥٩ نص على أن الأفـــراد لايعتبرون مرضى عقليـا (بما فى ذلك التأخر العقلى) على أساس الاباحية الجنسيـة أو السلوك اللا أخلاق .

٤ ـ التصنيف تبعا للاسباب.

ويقسم التأخر العقلى تبعا لأسبابه إلى التأخر العقلى الأولى ، والتأخر العقلى الثانوى . ويطلق التأخر العقلى الأولى على الحالات التى قد تعزى أسباب التأخر فيها إلى أسباب وراثية بينما يطلق التأخر العقلى الثانوى على الحالات التى يبرز فيها أثر العوامل البيئية فى أى مرحلة من مراحل نمو الفرد وأنواعه غير موروثة ولاتورث .

ومن الدراسات الهامة التى يستدل منها على أن للوراثة أثرا فيما يسمى بالتأخر العقلى الأولى دراسة أسرة الكاليكاك Kallikak التى قام بها جودارد Goddard. وتتلخص قصة هذه الأسرة فى أنه خلال الثورة الأمريكية ، عاشر أحد الضباط

ـ ويدعى مارتن كاليكاك وكان من عائلة محترمة ـ فتاة ضعيفة العقـــل قابلها فى إحدى الحانات فحملت منه وأنجبت طفلا . وبعد إنتهاء الحرب عاد مارتن إلى أسرته وتزوج من فتاة من عائلة طيبة انجب منها أطفالا . تتبع جودارد ٤٨٠ فردا من أحفاد مارتن من الفتاة ضعيفة العقل و٤٩٦ فردا من أحفاده من زوجته فى ستة أجيال متتالية فبينما وجد أن أحفاده من زوجته كانوا عاديين ، وجـــد أن ٤٦ فقط من أحفاد ضعيفة العقل يمكن وصفهم بأنهم عاديون ، بينما ١٤٣ منهم كانوا ضعاف العقل ، أما البقية فلم يتمكن من الحصول على معلومات كافية عنهم . وقد انتقدت هذه الدراسة انتقادا مرا ومما طعنت به عدم كفاءة الباحثين الذين جمعوا المعلومات ، وأن المعلومات التى تضمنتها عمن ماتوا لا يمكن الوثوق بها ، كما أن البيئة التى عاش فيها أحفاد مارتن من الفتاة المعتوهة كانت تختلف إختلافا تاما عن البيئة التى عاش فيها أحفاده من زوجته مما قد يكون له أثر كبير فى النتائج التى توصل إليها جودارد . إلا أنه مهما تكن الانتقادات التى وجهت إلى هذه الدراسة ، فقد اثبت جودارد أن الضعف العقلى مما يورث فعلا لعدة أجيال . وينتمى معظم هؤلاء عادة إلى فئة المورون ، إذ أن نسبة الضعف العقلى بين أحفاد هذه الفئة أعلى من نسبته بين فئتى البلهاء والمعتوهين .

ويعزى الضعف فى «الضعف العقلى الثانوى» إلى إصابة الجهاز العصبى المركزى فى المخ . وقد تحدث الاصابة أثناء فترة الحمل أو أثناء الولادة أو بعدها . وقد تكون الإصابة نتيجة لحادثة جسمانية أو عدوى ميكروبية أو نوع من التسمم ، فقد يحدث أثناء الحمل ما يعطل نمو الجنين نموا طبيعيا ، كما قد يحدث نزيف فى الجهاز العصبى المركزى أثناء الحمل أو أثناء الولادة مما يؤدى إلى إختلال فى تكوين المخ. ومن الميكروبات التى قد تؤدى إلى هذه الحالة أيضا الزهرى الوراثى .

وحالات الضعف العقلى التى تنتج عن مثل هذه العوامل تدخل الفرد فى فئة البلهاء أو المتوهين . وهؤلاء يعانون عادة من تشويه جسمانى إلى جانب ضعفهم العقلى . إلا أن هذه الحالات نادرة ، ومن حسن الحظ أن مقاومتها ضعيفة لأية عدوى ، كما يصابون عادة بالعقم فلا ينجبون أطفالا يرثون ضعف عقلهم . ويعزو البعض الضعف العقلى — فى كثير من الأحيان — إلى إصابات جسمانية تحدث بعد الولادة . فيقال مثلا إن الطفل قد وقع على أم رأسه فأصيب . وفى هذه الأقوال كثير من المبالغة إذ أن مثل هذه الحالات نادرة جدا .

٥ — التصنيف الطبى الاكلينيكى .

تقسم حالات الضعف العقلى طبيا تبعا لمميزات جسمانية تفرق بينها، وأهم الانواع فى هذا التقسيم ما يأتى :

١ — المنغولى Mongolian : وقد استمد هذا النوع اسمه من صفاته الجسمانية التى تشبه ظاهريا صفات الجنس المنغولى — من إنحراف العينين ، وسمك الجفون. ويتميز هؤلاء بصغر حجم الرأس وإستدارتها ، ونعومة الجلد ورطوبته، وتشقق اللسان. ويكون هؤلاء عادة مابين خمسة إلى عشرة فى المائة من ضعاف العقول فى المستشفيات العقلية . والاتجاه الحالى هو الانصراف عن هذه التسمية وتسمية هذه الفئة بإسم مكتشف أعراضها. فيطلق على هذه المجموعة من الأعراض بأعراض داون Down's syndrome

ومما يقال عن أسباب هذه الحالة إختلال نظام تغذية الجنين أثناء الحمل، والتسمم، وإضطراب نشاط الغدد . ويبدو أن سن الأم عامل ذو أثر أيضا . إذ أن نسبة كبيرة من هذه الحالات تولد من أمهات يزيد سنهن عن أربعين سنة .

ومما يسترعى انتباه الزائر لأحد المستشفيات التى تؤوى هذه الحالات الشبه العجيب بينهم جميعا ، فيبدون وكأنهم إخوة وأخوات ولاشبه بينهم وبين أفراد عائلاتهم .

وهم ينتمون عادة إلى فئة البلهاء والمعتوهين . وهناك رأى يقول إن الحالات المنغولية تبدو وكأنها ولدت بعجز فى الغدة النخامية مما يؤدى إلى إضطراب نشاط الغدد وبخاصة الغدد التناسلية وإفراز الأدرنالين. وقد أكد هذا الرأى تشريح جثث بعض هذه الحالات .

ولا تعانى هذه الحالات من أى إضطراب إحساسى أو حركى سوى أن عندها حساسية زائدة للحرارة والبروده ، وتأخراً فى التناسق الحركى . ويبدى المنغوليون نشاطا ، وعدم إستقرار ، وبشاشة. ويموت كثير منهم فى الطفولة بأمراض تصيب الجهاز التنفسى ، وقليل منهم يعيش إلى ما بعد العشرين .

٢ - غائر الرأس Microcephalic : وتتميز هذه الحالات بصغر جمجمة الرأس لعدم اكتمال نموها فيما فوق الحاجبين وفوق الأذنين . فيبدو شكل الرأس غريبا وصغيرا . وتنتمى هذه الحالات إلى فئة البلهاء والمعتوهين أيضا ، ويكونون حوالى ٥ ٪ من حالات الضعف العقلى تحت سن عشر سنوات . وأنه وإن كان هناك ما يدل على أثر الوراثة فى هذه الحالات إلا أن الأدلة على ذلك غير كافية . وتدل بعض الدراسات على أن حالة الرحم أثناء الحمل قد تكون عاملا مسببا لها أو مؤثرا فيها.

ولا يصحب هذه الحالات إضطراب إحساس أو حركى ويتميز أصحابها بالنشاط وعدم الاستقرار وسرعة التقليد ، إلا أنه يصعب عليهم الاستمرار فى عمل لمدة طويلة .

٣ - وهناك نوع من الضعف العقلى يتميز باضطراب نشاط الغدد مما يؤدى إلى وجود حامض خاص Phenylpyruvic acid يوجد بالتحليل فى البول ، ويعتبر من أهم العوامل التشخيصية لهذه الحالات . ويتميز هؤلاء باضطراب حركى . وهم ينتمون أيضا إلى فئة البلهاء والمعتوهين . ولهذه الحالات أهميتها لأنها توحى

بإمكان تمييز أنواع أخرى من حالات الضعف العقلى التى يرجع الضعف فيها إلى إضطراب فى الوظائف العضوية.

٤ - المقصوع Cretin : والصفات الجسمانية التى تميز هذا النوع هى : القبض على النمو الجسمانى ، وضخامة الرأس،وقصرالأرجل قصرا زائدا،وفطاسة الأنف وضخامة الشفتين ، وترهل الجلد . ويبدو الطفل عاديا عند الولادة ، ولايظهر عليه الإنحراف إلا بعد الشهر السادس ؛ إذ يبدو بطيئا فى حركته ، ولايضحك ولايبتسم ولايعير أى شىء إهتماما . ولايتمكن هؤلاء الأطفال من تعلم الجلوس أو الوقوف أو المشى حتى السنة الرابعة أو الخامسة ؛ ويتأخرون فى النطق حتى السنة السابعة ، ولايعدو مستوى ذكاء هؤلاء مستوى البلهاء والمعتوهين . كما يتميزون بحسن المعشر . وهم أقل الفئات خلقا للمشاكل لوداعتهم . وقد ثبت أن المقصوع يعانى من إضطراب الغدة الدرقية ونقص فى هرموناتها . وهذا عامل هام فى هذه الحالات ، وإذا عولج الفرد بخلاصة هورمون الدرقية فى سن مبكرة زالت عنه أعراض هذا الضعف وتحسن فى الناحيتين الجسمانية والعقلية . إلا أن فائدة هذا العلاج ليست قاطعة فى جميع الحالات .

ومما يجدر ذكره هنا أثر عامل ال « Rh » فى الضعف العقلى .وهذا العامل من العوامل التى تقرر نوع فصيلة الدم ، وقد اكتشف فى عام ١٩٣٩ . والغريب فى هذا العامل أنه لايوجد فى الدم البشرى عوامل مضادة له ، إلا أنه إذا دخل الدم عن طريق نقل الدم فى أفراد لايوجد فى دمهم هذا العامل ، أدى هذا إلى وجود تلك العوامل المضادة ولما كانت عملية نقل الدم تتم بين الجنين والأم فى الرحم ، فإذا كانت الأم خالية من هذا العامل ،ووجد هذا العامل فى الطفل، أدى هذا إلى وجود العوامل المضادة فى دمها نتيجة للحمل . ولاتؤثر هذه الحالة على الطفل الأول لأن

عملية تكوين هذه العوامل المضادة فى دم الأم تستغرق وقتا .. فاذا كان هذا العامل موجودا فى الأطفال التالين ، أدى وجود العوامل المضادة فى دم الأم إلى أن يصاب الطفل باصابات جسمانية خطيرة قد تنتهى بوفاة الجنين فى بطن الأم . ويقال إن هذه الحالة إذا لم تؤد إلى إضطراب جسمانى فى الطفل فانها قد تترك أثرا فى المخ يؤدى إلى الضعف العقلى .

وبتحليل دم عدد من ضعاف العقول الذين لا يدخلون تحت أى نوع من الأنواع السابقة ـ وهؤلاء يكونون الغالبية ، ويطلق عليهم الفئة غير المتميزة ـ وجد أن نسبة منهم قد يعزى ضعف العقل عندها إلى هذا العامل . ولازالت البحوث جارية لتأكيد مدى آثاره .

٥ ـ المتوهون العقلاء Idiots Savants : والحالات من هذا النوع نادرة. ويتميز أصحابها بنبوغ فى ناحية من النواحى مما يثير العجب . لأن هذا النبوغ يناقض قصورهم العقلى . وقد لخص هذه الحالات عدد من الباحثين . وقد يبدى المتوهون العقلاء نبوغا فى الرسم أو النحت أو الموسيقى أو أداء العمليات الحسابية المعقده مما يرفعهم إلى مصاف العباقره لولا ضعف قدرتهم العقلية فى النواحى الأخرى . ومن هذه الحالات فرد شخصت حالته على أنه مقصوع Cretin ، ظهرت عليه مظاهر ضعف العقل منذ طفولته ، وقد أبدى هذا الشخص ميلا إلى الرسم وهو فى المستشفى فأعطى بعض الدروس فيه . فنبغ فى الرسم التصويرى وخاصة رسم القطط فسمى « رفائيل القطط » ومن انتاجه رسوم بالألوان المائية للغزلان والأرانب والدببة التى كانت تنطق بالحياة والدقة ، وقد ذاع صيته فى كل أوربا كما اشترى الملك جورج الرابع ملك الانجليز احدى قطعه الفنية لقطة وأطفالها .

وممن نبغوا من ضعاف العقول فى النحت فرد لم يستطع النطق حتى سن السابعة

وفشل فى تعلم القراءة والكتابة ، إلا أنه كان يقضى وقته منذ الطفولة فى رسم ونحت السفن من خشب وقود المدافىء . وفى سن الخامسة عشرة ألحق بأحد المستشفيات حيث وضع فى ورشة التجارة فظهر نبوغه ، وقضى فى المستشفى مايقرب من ست وستين سنة أنتج خلالها ما يعتبر من روائع الفن من رسم ونحت ونماذج للسفن. وكان يصنع الآلات التى يستعملها بنفسه . ومن إنتاجه تمثال بشرى ضخم يبلغ إرتفاعه ١٣ قدما . وكان هذا التمثال يؤدى بعض الحركات الآلية مثل رفع الذراعين، والإشاحة بالوجه ، وإخراج اللسان ، وفتح الفم والعينين ومن إنتاجه أيضا نموذج لسفينة استغرق صنعه لها ثلاث سنوات .

ويرى فولى وانستاسى أن هؤلاء الأفراد ليسوا بالمتوهين ولا بالعقلاء ، فمستوى ذكائهم غالبا مايكون فى مستوى المورون، وإنتاجهم قد يكون مجرد إنتاج عادى ، ولوجودهم فى وسط عاجز عن أى إنتاج ، يبدو إنتاجهم فى مظهر النبوغ. ويتفق معها لاندس وبولس فى هذا الرأى وريان أن هذه الحالات، قد تكون لافراد مرضى بالفصام وتاريخ حياتهم مجهول .

٦ ـ التصنيف الدولى للامراض ICD * .

راجعت لجنة الخبراء (١٩٦٨) التعديل الثامن للتصنيف الدولى للامراض وأولت عنايتها للفئات من رقم ٣١١ إلى ٣١٤ فى التصنيف والتى تصنف التأخر العقلى إلى بسيط mild ، ومعتدل moderate ، وحـــاد Severe ، وعميق

* World Health Organization(1967)Manual of the International Statistical Classificatino of Diseases, Injuries and Causes of Death ,1965 ravision, Geneva .

Profound . وخصص التقسيم الفئة ٣١٥ للتأخر العقلي غير المحدد unspecific ويحدد التصنيف معامل الذكاء لكل فئة من الفئات الأربع .

وتنتقد اللجنة هذا التصنيف فى أنه لم يحدد متوسطات الاختبارات التى وضعت هذه المعاملات على أساسها أو معاملات الانحراف . وتقترح اللجنة أن يتمشى توزيع التأخر العقلي بالتقريب كما يلي : -

	معامل الانحراف	متوسط الاختبار	معامل الذكاء
تأخر بسيط mild	- ٢ إلى - ٢،٣	١٠٠	من ٥٠ إلى ٧٠
تأخر معتدل moderate	- ٣،٣ إلى - ٤،٣	١٠٠	من ٣٥ إلى ٥٠
تأخر حاد severe	- ٤،٣ إلى - ٥،٣	١٠٠	من ٢٠ إلى ٢٥
تأخر عميق Profound	من - ٥،٣ فما فوقها	١٠٠	أقل من عشرين

وتؤكد اللجنة أنه يجب ألا ينظر إلى هذه الفئات على أنها ثابتة أو أنها الوحيدة ، إذ يجب أن نضع فى الاعتبار دائما أن هذه الفئات متداخلة والنقط الفاصلة بينها ليست جامدة .

وتعارض اللجنة بقوة تصنيف من يقع معامل ذكائهم فى الفئة ما بين ٦٨-٨٥ كحالات تأخر عقلي درجنا على أن نطلق عليها حالات بين بين . وتوجد فى التصنيف الدولى تحت رقم ٣١٠ . وتقيم اللجنة إعتراضها على أساس أنه إذا اعتبرنا أفراد هذه الفئة من بين المتأخرين عقليا فإننا سنرتفع بنسبة التأخر العقلي بين السكان إلى ١٦ ٪ وهذا يفوق أى تقدير . كما أننا إذا أعتبرنا هؤلاء من بين المتأخرين عقليا فإننا سنحطم نوعية الخدمات الموجودة حاليا وقد خططت فى الأصـــل للفئات ذات المستويات المنخفضة .

وترى اللجنة أنه مادام معامل الذكاء يستخدم لتحديد مستوى التأخر العقلي

فلامانع من ذلك على أن نتقيد بما أوصت به فى إستخدامه كما ترى اللجنة أنه يمكن إتخاذ معاملين من معاملات الانحراف تحت المتوسط كمقياس تقليدى نافع لتحديد التأخر العقلى واعتبار معامل الذكاء ٧٠ حدا أعلى .

وترى اللجنة انها تفضل إستعمال مصطلح التأخر العقلى mental retardation على المصطلحات الأخرى كما تتقبل التقسيم الوارد فى القاموس الدولى : بسيط ، ومعتدل ، وحاد ، وعميق .

اسباب التأخر العقلى.

إن موضوع التأخر العقلى من أهم الموضوعات التى دار حولها الجدل فيما يختص بأثر كل من الوراثة والبيئة . ومما لاشك فيه أن حالات التأخر العقلى ، والأمراض العقلية ، والأمراض العصابية النفسية ، والإجرام ، والفقر حالات تتكرر وتتواتر فى عائلات ضعاف العقول مما أدى إلى الاعتقاد بأن التأخر العقلى يرجع إلى إستعداد وراثى . ويرجع انحطاط بيئة ضعاف العقول إلى ضعف عقولهم وعدم قدرتهم على تحسين مستواهم إجتماعيا وماديا . وهناك رأى آخر يقول إن التأخر العقلى يعود إلى أثر البيئة ، فضعاف العقول يأتون من بيئات منكوبة بالفقر والجهل والمرض . وهذه العوامل كافيـــة لأن تشل القدرات العقلية . ولو أن الظروف قد عطفت عليهم فعاشوا فى بيئة صالحة لما أصيبوا بالضعف العقلى . إلا أن هناك تطرفا فى كل من هذين الرأيين ، لأننا رأينا أن حالات التأخر العقلى ليست كلها وراثية وليست كلها ناتجة عن أسباب بيئية . فأسباب التأخر العقلى معقدة متعددة لا تكفى الوراثة وحدها أو البيئة وحدها لتعليلها.

ولمـا كانت أعراض التأخر العقلى تبدو منـــذ الولادة ، فقد يكون السبب فيها إما عوامل وراثية أو عوامل أثرت فى الجنين أثناء الحمل . وهناك من الأدلة

ما يدل على أن تعرض الجنين فى بطن الأم لأشعة إكس مثلا تعرضا زائدا قد يخلق منة فردا مشوها . كما ثبت أن النقص فى تغذية الجنين فى الرحم وخاصة نقص بعض الفيتامينات قد يؤدى إلى تعطل فى النمو العقلى ومن ثم إلى ظهور الضعف ، كما أن حالات الصرع والضرر الذى قد يلحق المخ اثر حادثة ما ، والعدوى ببعض الأمراض المعدية من العوامل التى قد تؤدى اليه .

وتصنف لجنة خبراء الصحة العقلية (١٩٦٨) الأسباب كما يلى :

١ ـ عوامل لها اثرها من قبل الحمل .

سلالية Genetic

ا ـ جين واحد

ب ـ جينات متعـــددة

حـ ـ كروموسومات

عوامل أخرى :

٢ ـ عوامل لها اثرها قبل الولادة

العدوى

المؤثرات الكيمائية

عوامل غذائية

عوامل جسمانيه

عوامل تحصينية

اضطرابات فى الغدد الصماء عند الأم

إضطرابات فى المشيمة

عوامل أخرى .

٣ ـ عوامل مصاحبه للولادة

الاختناق

الاصابة

عدم الاكتمال

٤ ـ عوامل بعد الولادة

العدوى

الاصابة

عوامـــل كيمائية

عوامل غذائية

حرمان (حسى أو أبوى أو اجتماعى مثلا)

عوامل أخرى :

٥ ـ اسباب غير معروفه .

القدرات المختلفه والميزات النفسيه للمتخلفين عقليا :

إن أهم القدرات التى يبدو فيهـا قصور المتخلفين عقليا كجماعة ، هى القدرة اللغوية ، مما يؤدى إلى عجزهم عن التحصيل فى مواد كالقراءة والكتابة . وقصورهم فى القدرة الحسابية أقل من قصورهم فى القدرة اللغوية . وهم يفترقون فى هاتين القدرتين عن السويين فرقا واضحا ، إلا أن مستواهم فى الرسم والأشغال اليدوية لا يفترق كثيرا عن مستوى السويين ، ومما يجدر ذكره هنا أن الفروق الفردية بين المتخلفين عقليا أنفسهم فروق كبيرة . فالحكم على فردين بأنهما ينتميان إلى فئة واحدة كفئة المعتوهين أو البلهاء لا يعنى أنهما متساويان فى قدراتهما المختلفة . كما أن معامل ذكاء واحد منهم قـــد يقرب بينه وبين الفئة التى تقل عن فئته فى

الذكاء ، بينما قد يقرب معامل ذكاء آخر بينه وبين الفئة التى تفوق فئته فيه . وبذا يكون الاختلاف بين الاثنين كبيراً رغم إنتماء كليهما إلى فئة واحدة . كما أن التقسيم إلى فئات تقسيم مصطنع يقصد به سهولة الترتيب وسهولة الدراسة ، والحدود التى تفرق بين فئة وأخرى ليست حدوداً مطلقة ثابتة ، إنما هى مجرد إصطلاح عرفى لا غير .

ويبدو قصور المتخلفين عقليا كذلك فى القدرة على الانتباه وتركيزه ، وفى الذاكرة ، وفى إدراك التشابه والإختلاف وغير ذلك من العلاقات لذا كانت قدرتهم على التخيل والتفكير المنطقى ، والحكم ، والتعلم قاصرة . إذ يعجزون عن التكيف للمواقف الجديدة بسهولة ، فيبدو فى سلوكهم الجمود والاستمرار على وتيرة واحدة . فقد لوحظ المورون فى المعاهد الخاصة يقوم بعمل واحد بشكل روتينى مدة طويلةمن الزمن وبدقة دون أن يعتريه الملل لضيق مجال أفقه وميوله فلا يجد ما يجذب إنتباهه أو يحوله عن عمله .

ويفتقر كثير من المتخلفين عقليا إلى القدرة على التأمل الباطنى . ولقصورهم فى فهم اللغة وعجزهم فى الكلام يصعب إستغلال الطرق التى تستعمل مع العاديين معهم لدراسة الإحساس والإدراك والعمليات العقليه المختلفة والتفكير .

والمورون الذى يتراوح معامل ذكائه ما بين ٥٠ - ٧٠ يحتاج إلى عنايةورعاية لحمايته وحماية الآخرين منه . إذ تنقصه القدرة على التحكم فى سلوكه وتغييره تبعا للمواقف المختلفة مما قد يسبب له ولغيره المشاكل . ويختلف هؤلاء فيما بينهم فى قدرتهم على التعلم المدرسى ، إلا أنهم يعجزون جميعا دون إستثناء عن النجاح فى المدارس العادية بمناهجها وطرق التدريس فيها : لذ تخصص لهم عادة مدارس خاصة أو فصول خاصة لها مناهجها التى تتفق وقدراتهم ،كما تختلف طرق التدريس معهم عن مثيلاتها فى المدارس العادية .

ويتمكن عادة من فى مستواهم العقلى من إكتساب خبرات تعينهم على كسب الرزق من حرف بسيطة إذا استمر الاشراف السليم عليهم، بل قد يتمكن بعضهم أحيانا من إتمام المرحلة الابتدائية ، ويشعرون بأهمية ما يتعلمون ، ويطلبون النصح والإرشاد من الغير .

ويجب أن يهدف تدريب هؤلاء لا إلى رفع مستواهم العقلى ولكن إلى تدريبهم إجتماعيا وعاطفيا وحسيا .

ويجدر بنا أن نميز هنا بين أفراد هذه الفئة المستقرين إنفعاليا وغيرهم من نفس الفئة المضطربين نفسيا. إذ يتميز المستقرون منهم بالطاعة والاجتهاد وحسن السير والسلوك ويمكن إسعادهم بسهولة ، إذ يؤثر فيهم الثناء ، وفى وسعهم مبادلة الحب بالحب والعطف بالعطف . ولديهم فكرة طيبة عن الحسن والقبيح . وقد يقع البعض منهم فى مشاكل كثيرة يسببها لهم من يستغلهم ممن لاضمير له لطاعتهم العمياء ولهفتهم على انجاز ما يطلب منهم أداؤه .

أما المضطربون نفسيا فخطرهم جسيم على المجتمع . ويعزى خطرهم إلى غبائهم ونزعتهم إلى الاجرام .

وإليك بيانا كعينة لبعض الحرف التى قد يصلح لها أفراد هذه الفئة :

العمر العقلى	الحرفة
ثمان سنوات	حلاق ، بستانى ، بواب ، العناية بالحيوانات والدواجن ، عمل السلال ، الخدمة فى المنازل .
تسع سنوات	بستانى ـ نجار ـ سمكرى ـ مساعد ترزى.
عشر سنوات	مساعد مطبعجى ـ مساعد كهربائى ـ لبان ـ مساعد ترزى مكوجى ـ طباخ .

إحدى عشر سنة   فراش مدرسة ناجح - صاحب محل تجارى صغير - ترزى عامل بمصنع .

ولما كان التأهيل المهنى عاملا هاما للحياة المستقرة لأمثال هؤلاء ، وجب أن يهتم المشرفون عليهم بمعرفة الامكانيات المهنية الموجودة فى البيئة،وقياس قدرات هؤلاء الأفراد قياسا دقيقا حتى يستطيعوا التوفيق بين قدراتهم والعمل الذى يدربون عليه .

ويفتقر البلهاء الذين يتراوح معامل ذكائهم ما بين ٢٠ - ٥٠ إلى القدرة على العناية بأنفسهم أو الانتفاع من التعليم المدرسى . ويفترق هؤلاء فيما بينهم فى نموهم الجسمانى ، فبعضهم ضخم فى مظهره ، منفر كأقبح المتوهين ، وبعضهم جميل الشكل حسن المنظر كأى فرد عادى . ويفشل البلهاء فشلا تاما فى المدارس العاديه . إذ يعجزون عن أداء أبسط العمليات الحسابية ، إلا أن بعضهم قد يتمكن من تسمية الألوان المختلفة ، ويفهم بعض الأوامر البسيطة التى تلقى عليه وينفذها ، ويميز ما إذا كان الوقت ليلا أو نهاراً ، صباحا أو مساءاً . وقد يتمكن بعضهم من قراءة وهجاء بعض الكلمات السهلة المكونة من ثلاثة أحرف مثل زرع وكتب . وقد يتعلم جمع وطرح الأعداد البسيطة المكونة من خانة واحدة . ومن الممكن تعليمهم كيف يرتدون ملابسهم بانفسهم تحت إشراف ، وكيف يتجنبون التعرض لبعض الاخطار فى بيئتهم مثل تجنب الاحتراق مثلا. وبالتمرين يمكن تأهيل بعضهم لبعض الأعمال البسيطة مثل الكنس وتنظيف الأرض والأحذية وغسل الملابس وغير ذلك . وإذا بدىء فى تعليم أفراد هذه الفئة عادات النظافة والنظام وآداب السلوك فى سن مبكرة تمكنوا من إكتسابها اللهم إلا المنحطين منهم .

أما المتوهون فيتمكن بعضهم من تعلم الاعتماد على النفس فى إطعام أنفسهم بأنفسهم كما يتمكنون من ربط بعض الأسماء بالمسميات، وبالإشارة إلى هذه المسميات عند ذكر أسمائها ، إلا أن الغالبيـــة منهم تحتاج إلى أن يعنى بها كالأطفال ، فيساعدون فى الأكل وفى تغيير ملابسهم ، وتكون رعايتهم مستمرة .

ويصحب حالة العته عادة نقص حركى وإحساسى. وقد يكون التكوين الجسمى مشوها فيبدو الواحد منهم قبيح الشكل ، كما يعجز كثير منهم عن تعلم الكلام والمشى، ويبدو أنهم لا يدرون ما يدور حولهم .

وخلاصة القول أنه يمكننا أن نقرر أن عـدداً من ضعاف العقول من فئتى البلهاء والمورون يمكنهم أن يدربوا على بعض الحرف ، وأن يعلموا القـــراءة والكتابة وآداب السلوك الاجتماعية . كما يجب أن نقرر أن أول مرحلة فى تربية أفراد هاتين الفئتين هى مساعدة الآباء على تقبـل النقص فيهم . إذ كثيراً ما يأبى الآباء الإعتراف بالنقص فى فلذت أكبادهم ، فيواصلون السعى لإيجاد علاج جسمانى أو تربوى لإيجاد المستحيل ولا شك أن فهم الآباء للموقف على حقيقته مما يساعد على تهيئة البيئة المنزلية للطفل ، ومما يساعده على أن يتكيف فى حدود قدرته . ويرى البعض أن التربية الأولى لضعيف العقل لا تختلف عن التربية الأولى للطفل السوى ، غير أنها تتطلب صبراً طويلا ، وفهما لطبيعة النقص الذى يعانى منه الطفل . لذا كان شعور الأم نحو طفلها هو محور الارتكاز الذى تدور حوله عملية تربيتـه . فيجب عليها أن تمنحـه من حبها ما تمنحه للطفل السوى .

ويجب أن تتركز عناية الأم على تعليم الطفل المشى والكلام وإكتساب عادات النظام والنظافة والاعتماد على النفس فى الأكل تبعا لقدرته ، على أن

تتذكر دائما إختلاف طفلها عن غـيره وضرورة بطئه فى إكتساب هذه العمليات .

كما يجب أن تتركز عنايتها فى تدريبه على السلوك الاجتماعى المرغوب فيه . كما يجب أن تعمل على أن يتقبل إخوة الطفل أخاهم كواحد منهم وإن اختلف عنهم وأن تهيأ الفرص للطفل ليلعب مع غيره من الأطفال على أن لا يستغل الأطفال ضعفه فيمتهنوه .

ومما لا شك فيه أن البرامج التعليمية والتربوية التى تتفق وقدرات ضعاف العقول تساعد على التحسن . إلا أنها لن ترفع من مستوى قدراتهم العقلية إلى مرتبة العاديين أبداً . وقد جربت طرق طبية مختلفة لعلاج هذه الحالات . فقد ثبت مثلا أن علاج المقصوع فى سن مبكرة بخلاصة الغدة الدرقية يفيد بعض الأفراد . كما لوحظ أن جرعات من حامض الجلوماتيك Glumatic Acid ترفع من مستوى القدرة العقلية والتكيف الاجتماعى لبعض ضعاف العقول . وتدل بعض الدراسات على أن العلاج بهذا الحامض يفيد فى الحالات التى لا تغلب عليها العوامل الوراثية ، أى حالات الضعف العقلى الثانوى ، إلا أن نتائج هذا العلاج لا زالت تحت البحث .

الفصل السابع عشر

الشيخوخة

مقدمه :

خصصت لجنة خبراء الصحة العقلية التابعة لمنظمة الصحة العالميــــة تقريرها السادس الصادر فى سنة ١٩٥٩ لمشكلة الشيخوخة على أساس أنها أصبحت مشكلة تواجه بعض الدول اليوم وسوف تواجه بعض الدول غداً . وكلما ارتفع مستوى المعيشة وتقدم الطب والظروف الاجتماعية كلما زاد عدد المسنين . فقد اثبتت الدراسات السكانية أن التطور السكانى يمر بدوورة لها مراحل . فى المرحلة الأولى يكون معدل الولادة عاليا ومتوازن مع معدل الوفيات . وتمر معظم البلاد الإفريقية وأندونيسيا وإيران وأجزاء من أمريكا الجنوبية بهذه المرحلة حيث ترتفع نسبة الوفيات ويرتفع معدل الولادة فى نفس الوقت . وتبدأ المرحلة الثانية حين يبدأ معدل الوفيات فى الانخفاض بينما يظل معدل الولادة عاليا فيزداد النمو السكانى . وتبدو هذه الظاهرة واضحة فى عدد من البلاد الآسيوية وفى الجمهورية العربية المتحدة . وفى المرحلة الثالثة يبدأ معدل الولادة فى الانخفاض بيد أنه يظل أعلى من معدل الوفيات . ويستمر عـــدد السكان فى الزيادة . ومن الدول التى وصلت إلى هذه المرحلة روسيا وكثير من دول شرق أوربا واليابان . أما المرحلة الأخيرة فيكون فيها إنخفاض نسبة الوفيات متوازن مع إنخفاض نسبة الولادة والنتيجة الطبيعية هى أن يظل معدل السكان ثابتا ويصبح العمر المتوقع للفرد عاليا كما هو الحال فى كثير من الدول المتقدمة صناعيا وحضاريا . فقد زاد عدد المسنين

فى الولايات المتحدة أى من هم فى سن ٦٥ فا فوقها فى سنة ١٩٥٠ أربعة أضعاف ما كان عليه فى سنة ١٩٠٤ .

وتحس اللجنة أن العبء الاقتصادى للسنين فى بعض الدول سيكون مشكلة خطيرة فى القريب وإن كانت نسبة المعولين إذا حاولنا فصلها عن فئة العاملين أى من هم فى فئة العمر ما بين ١٥ - ٦٥ لن تتغير كثيراً فى البلاد القديمة ، فضلا عن أن كثيراً من المسنين لا زالت لهم القدرة على الانتاج .

غير أن اللجنة ترى أن هناك إحتمالا كبيراً فى أن يزداد عدد المرضى بأمراض عقلية وجسمانية مما سوف يزيد من العبء على الخدمات الصحية . فزيادة عدد المسنين سوف يؤدى إلى زيادة عدد المرضى بأمراض عقلية وجسمانية فى المجتمع على أنه يجب التحفظ ضد التضخيم من هذه المشكلة .

والمشكلة التى يجب أن تواجهها كل دولة هى ضرورة تخطيط البرامج لتدعيم الصحة العقلية للسنين وزيادة وعى المجتمع بحاجاتهم وإمكانياتهم .

الصحة العقليه للمسنين فى ضوء التغير الثقافى :

كثيراً ما يقال أن العبء الذى تتحمـــله المستشفيات ومؤسسات الرعاية الإجتماعية من انفاقها على المسنين وايوائهم يعود إلى تفكك الرابطة الاسرية وانطفاء جذوة الحب عند الابناء والاحفاد . غير أن البحوث الاجتماعية تبين أن هذا الرأى فى حاجه إلى تعديل . إذ بينت الدراسات الدقيقة أن حب الأبناء لآبائهم لازال موجوداً ومستمراً ، وأن غالبية المسنين لازالوا على اتصال منتظم بأبنائهم وأقاربهم وأصدقائهم . حقا إن التصنيع والتحضر يؤديان إلى الحراك الجغرافى والاجتماعى رهـذا بدوره يؤدى إلى أن تنقطع صلة نسبة من المسنين بالناس خاصة فى المدن الـكبيرة ، غير أن هذه النسبة صغيرة إذ تقدر من حوالى

١٠ ٪ إلى حوالى ٢٠ ٪ من المسنين . ومع ذلك فإن النسبة التى تعادل ما بين ٣ ٪ و ٤ ٪ من المسنين المودعين بالمستشفيات أو ترعاهم هيئات إجتماعية فى أحسن الدول تقدما تعتبر عبئا على ميزانياتها ، كما أن هناك عددا من المسنين يعيش فى المجتمع ويمثل عبئا ثقيلا على الأهل والأقارب والاصـــدقاء . فاذا اضطرب تكيف عدد كبير من هؤلاء فإن عبئهم يقع عـــلى مؤسسات الرعاية الاجتماعية والخدمات الطبية .

ولعل أحسن دليل على أثر الحرمان من ذوى القربى والصحبـــة الانسانية الأرقام التى قدمها تقرير لجنة جويلبود Guillebaud Committe[1] عن الاوضاع فى انجلترا وويلز . إذ تقول الأرقام أن ثلثى الأسرة فى المستشفيات العـــامة ومستشفيات الأمراض العقلية هناك يشغلها المطلقون والعزاب ممن هم فى سن ٦٥ فما فوقها . وتصل نسبة العزاب أى الذين لم يتزوجوا أبداً إلى ١٢,٦ ٪ من مجموع من هم فى عمر ٦٥ سنة فأكثر ويقدمون مايقرب من ٥٥,٤ ٪ من نزلاء مستشفيات الأمراض العقلية .

وفى جذور مشاكل المسنين يوجد عدد من المظاهر الاجتماعية . ففى بعض البلدان الصناعية فقد المسنون مركزهم وأعطى الاهتمام لبعض خصائص الشباب . وقد يشجع ذلك على زيادة الشعور بالعزلة لدى المسنين . غير أن العوامل الاجتماعية التى أدت إلى هذا ، قد أدت عفوا إلى وجود مجتمعات لايوجد فيها مسنون وأخرى مكونة من المسنين . أى وجدت لدينا مجتمعات لايتوافر فيها التوازن بين فئات

---

(١) Great Britain, Commttee of Enquiry into the Cost of the National Health Servtce (1965) Report, ...London.

العمر المختلفة . وجدير بالذكر أن المجتمعات التى يغلب فيها عنصر الشباب يوجد فيها جيل من الأمهات الشابات المحرومات من خبرات امهاتهن ، كما أنهن نتيجة لقيامهن بدور الأمومـة لايشاركن فى نشاط المجتمع وبالتالى يوجد ما يدل على أنهن يعانين من مشكلات فى الصحة العقلية . وتعتقد لجنة خبراء الصحة العقلية أن الخبره التى ينقلها الكبار إلى الصغار تعتبر ميراثا إجتماعيـــا لايعوض ، وأن المسنين المتكيفين إجتماعيـــا لايمكن الاستغناء عنهم ووجودهم ضرورى فى المجتمـع .

مدى تواتر الامراض العقليه بين المسنين :

بينت البحوث المسحية أن أقلية لها وزنها من بين المسنين تعانى من الفقـــر والعزلة وأنواع مختلفة من المرض العقلى . أما مدى ذلك فلم يتم قياسه بدقة ، وكل ما لدينا لايعدو أن يكون مجرد انطبـاعات . غير أنه يمكن الاستدلال على حجم المشكلة بأرقام الايداع فى المستشفيات واحصائيات الانتحار .

فإحصائيات المعهد القومى للصحة العقلية بالولايات المتحدة الأمريكية تبين أن أشكال الامراض العقلية المختلفة فى فئـات العمر المختلفة فى كل مـائة الف نسمة ١٠٠,٠٠٠ تتوزع بمعدل ٢,٣ لمن هم تحت سن ١٥ سنة ، و٧٦,٣ لمن هم فى فئة السن ٢٥ - ٣٤ ، و ٩٣ لمن هم فى الفئة ٣٥ - ٥٤ ، و ٢٣٦,١ لمن هم فى سن ٦٥ سنة فما فوقها . وبلغ عدد المودعين بالمستشفيات فى سنة ١٩٥٠ لمن هم فى سن ٦٥ فما فوقها تسعة أضعاف ما كان عليه فى سنة ١٩٠٤ .

وفى السويد التى لايزيد تعداد السكان فيها عن ٧ مليون بلغ عـــدد المسنين المصابين بذهان الشيخوخة ٩٠٠ .

وتصل أعلى نسبة للانتحار بين المسنين من الرجال (سن ٧٠ فما فوقها) فى بلجيكا وفرنسا وهولندا والبرتغال وانجلترا وويلز واسكتلندا والولايات المتحدة (البيض) والمانيا وأستراليا وسويسرا وإسبانيا أما بين النساء فتأتى القمة فى فئة من العمر أقل بعشر سنوات عن الرجال . وبهذا الشكل أصبح الانتحار أخطر من مرض كمرض السل فى نسبة الوفيات.

ولاشك أن الاقبال على الايداع فى المستشفيات بزوال المسحة التى كانت عالقة بمستشفيات الامراض العقلية بزيادة الوعى مما أثر فى زيادة عدد المودعين بالمستشفيات إلا أن هذا السبب وحده ليس بكاف لشرح أو تبرير وجود هذه الأعداد فى المستشفيات .

وليس من المؤكد ما إذا كانت هناك زيادة فعلية فى تواتر الاضطرابات العقلية بين المسنين .واحسن إحصائيات وافيه امدتنا بها السويد . وتبين هذه الاحصائيات أن ذهان الشيخوخة لم يطرأ عليه أى تغير فى الخمس والعشرين سنة الماضية ، ولاتعزى زيادة الايداع فى المستشفيات إلى زيادة التواتر ، وبينت الدراسات المسحية التى اجريت فى بعض البلاد الآسيوية والتى يرتفع فيها معدل الوفيات أن نسبة تواتر هذا المرض تماثل نسبة تواترها فى السويد .

وبدأت حديثا بعض أشكال الأمراض العقلية مثل الذهانات الانفعالية ، والاضطرابات الاضطهادية ، والأنواع المختلفة من العصاب بين المسنين تلفت النظر . ومن الممكن القول بأن زيادة معدل الايداع فى المستشفيات بهذه الأمراض قد ساعد على زيادة تضخم الاعداد . كما يلاحظ زيادة المودعين من أبناء المدن عن أبناء الريف ولعل هذا يرجع إلى انهيار الظروف التى كانت تؤدى إلى كفالة المسنين فى البيئات المحلية .

التغيرات النفسية فى الشيخوخه :

لقد بينت البحوث التجريبية أن بعض المهارات وردود الأفعال الحركية تصل إلى قتها من ناحية الكفاءة فى العشرينات من العمر ثم تأخذ بعد ذلك فى التدهور تدريجيا وباستمرار . ويبدأ فقدان الحدة البصرية من بعد سن الثلاثين .

وإذا توفر الميل والدافعية مع وجود الوقت فان تعلم خبرات جديدة يستمر حتى سن الخامسة والأربعين ثم يبدأ التدهور بعد ذلك ويصل إلى قمته فيما بين سن ٦٠ و ٨٠ . وينطبق ذلك على الذكاء . وتصل القدرة على التعميم فى مستوى سن الثمانين إلى مستوى قدرة طفل فى سن ثمان سنوات ، غير أن تنوع الميول والمثابرة والعادات العقلية الحسنة بالاضافة إلى ما حصله العقل من معلومات من الممكن أن تعوض فى الشيخوخة فى بعض الحالات الفرديه سرعة الادراك والفهم التى يتميز بها من هم فى العشرينات. ويجب أن ندرك أن المسنين أقل ميلا للنشاط الاجتماعى من الشباب لقلة الطاقة التى لديهم والتى يستطيعون بذلها وفقدانهم الاهتمام بمن حولهم من الناس .

ويتهم الشباب المسنين بالتحفظ والبخل والأنانية ويرى علماء النفس أن التحفظ إذا نظر إليه على أنه الحكم المتزن للأمور فى ضوء الخبرة فانه يصبح أمراً مرغوبا فيه ليوازن حماس الشباب واندفاعه. وهناك عاملان يسهمان فى نزعة المسنين إلى التحفظ هما إبطاء الحيــاة العقلية مما يؤدى إلى وجود المفارقة بين التفكير الابتكارى والتفكير القائم على عادات فكرية ثابتة والعامل الثانى هو التفكير فى الموت وهذا أمر طبيعى نتيجة لتقدم السن . أما عن البخل والأنانية

فيرتبطان بالتحفظ والحاجة إلى الشعور بالأمن فى ضوء العجز الجسمانى والحاجة لحب من أضفوا عليهم الحب من ناحيتهم فى يوم من الأيام ، لذا كثيراً ما تبدو مطالبهم غير معقولة وطفلية .

والواقع أن كل أنسجة الجسم ووظائفه بدون إستثناء يطرأ عليها التدهور بعد وصولها إلى قمة الكفاءة فى العشرينات . ويبدو ذلك جليا فى النقص الذى يعترى حدة السمع والبصر ، والتغير الذى يطرأ على العظام والجلد والضعف الذى يعترى العضلات . وبين التشريح بعد الوفاة أن المخ والجهاز العصبى يطرأ عليهما تغيرات فى جزء أو آخر ويصاحب هذا التغيير تصلب شرايين المخ ولازلنا لانعرف حتى اليوم ماإذا كانت التغييرات التى تطرأ على شرايين المخ أمرا عاديا أو أنه يحدث نتيجة لأسباب مرضية أو عدوى . ومهما يكن السبب فان هذا التغير يؤثر فى التكامل النفسى للمرء . ويمكن تفسير الضعف الذى يطرأ على الذاكرة وعلى الشخص فى ضوء التغيرات العضوية . ويمكن تشبيه الرجل المسن بأنه كائن حى محطم يحاول إستغلال الأجزاء الوظيفية المتبقية عنده بقدر الامكان .

العوامل التى تؤدى الى اضطراب المسنين :

تلخص لجنة خبراء الصحة العقلية (١٩٥٩) هذه العوامل فيما يلى .

١ ـ العوامل الاجتماعية الاقتصادية .

ويدخل فى هذه العوامل تغير الظروف الاقتصادية للسنين نتيجة العجز عن العمل والحياة على موارد مالية محدودة كالمعاش مثلا أو ماتم توفيره فى سنى النشاط . ويصبح المورد الاقتصادى مشكلة لأولئك الذين ليس لهم مورد ثابت لسد الحاجات الأساسية .

والعامل الثانى هو الاستيداع. فبعد أن كان الفرد قادراً على العمل والانتاج أصبح عاجزا وغير مرغوب فيه . وعلى الرغم من أن كثيرا من المسنين لديهم القدرة على العمل والانتاج إلا أن الفرص المفتوحة أمامهم لاستغلال هذه الطاقة محدودة . فيشعر الفرد بأنه غير مرغوب فيه ، وأنه لافاعلية له .

والعامل الثالث هو العزلة . فالمسنون يتفرق عنهم الابناء بعد أن كانوا فى حاجة اليهم وهذا نتيجة طبيعية لنضج الأبناء واستقلالهم الاقتصادى والعاطفى فتضرب عليهم الوحدة بظلها فى الوقت الذى يشعرون فيه بالحاجة للغير وإلى الحب والعطف.

٢ـ العومل النفسية والمرضية.

وتنقسم هذه العوامل إلى عوامل فى باكورة العمر وعوامل فى السن المتأخر. وهناك رأى يؤكد أن الانحرافات العقلية التى تبدو على بعض المسنين ليست إلا صورة مكبرة لخصائص الشخصية والنزعات المزاجية التى كانت تميز الشخص فى شبابه . كما يمكن فهم كثير من التغيرات التى تعترى بعض المسنين باستعراض تاريخ حياتهم ومعرفة نمط الحياة الذى عاشوه وأنواع المصاعب الجسمانية والنفسية التى تعرضوا لها وكيف تغلبوا عليها .

٣ ـ العوامل الجسمانية .

ويدخل فى هذه العوامل العوامل الوراثية ، وتغيرات الشيخوخة التى سبق ذكرها ، والأمراض الجسمانية التى تعرض لها المرء والحوادث وما إلى ذلك.

الامراض العقلية فى الشيخوخه :

لعل أهم الأمراض التى يتعرض لها المسنون مرضان ينتجان عن التدهور

الفسيولوجى والنكوص النفسى وهما ذهان الشيخوخة وتصلب شرايين القشرة المخية . وذهان الشيخوخة مرض يبدو فى شكل تدهور حاد يبدو فيه المريض عاجزا عن العناية بنفسه فاقدا الوعى والادراك لاختلاط عقله .

أما فى حالة تصلب شرايين القشرة المخية فإن التدهور يظهر فجأة . ويؤدى تصلب الشرايين إلى التدخل فى تغذية القشرة إما لانفجار بسيط فى الأوعية الدموية أو إنسدادها أو حدوث تسمم فيها ، وتختلف مظاهر التدهور فى هذين المرضين من فرد لفرد .

ويمثل ذهان الشيخوخة آخر مرحلة للتدهور النفسى الذى يصاحب التدهور الفسيولوجى . وفيه يعجز المريض عن إدراك ما حوله إدراكا صحيحا . وفى الحديث يكرر المريض كلامه ويحشوه بتفصيلات كثيرة لا أهمية لها ، ويبدو تشويش الذاكرة واضحا وينزع المريض إلى التلفيق والتزييف ليملأ الثغرات . وهذا التلفيق والتزييف لايتم عن عمد إنما هو نتيجة طبيعية للاضطراب والانهيار الذى اجتاح الحياة العقلية . كذلك يفقد المريض ذاكرته وينسى كلا من الاحداث المباشرة والاحداث القديمة على الرغم من أن تذكر الاحداث الماضية يكون أقوى من تذكر الاحداث المباشرة . وتكون أحكام هؤلاء المرضى غير سليمة، ويعجزون عن إدراك ظروفهم الجسمانية والعقلية ، ويبدو إضطرابهم العقلى أيضا فى الأوهام التى يعبرون عنها ،ولايتحملون أى تغيير فى الروتين اليومى لحياتهم .

وتختلف الصورة عند المرضى بتصلب شرايين القشرة عن هذه الصوره فى أن البداية تكون فجأة مصحوبة بالصداع وعدم النوم والاضطراب العقلى .

والحكم عند هؤلاء المرضى يكون أحسن من الحكم عند المصابين بذهان الشيخوخة وتستمر لديهم البصيرة فترة علـــى الرغم من أنهم يفقدونها تدريجيا . ويصاب المرضى بالاكتئاب وعدم الاستقرار الانفعالى فيضحكون أو يبكون بسهولة ويعجزون عن إتخاذ أى قرار ويشعرون بعدم الاستقرار والاجهاد السريع ويصابون بالنسيان . وقد تمر بالمريض فترات يبدو فيها وكأنه شفى تماما من مرضه .

الباب الثامن

الانحرافات السلوكيه

الجريمه ، وإنحراف الاحداث، والشذوذ الجنسى وإدمان الخمر والمخدرات ، والإنتحار

الفصل الثامن عشر

الجريمة والانحراف *

لمحة تاريخية

١ - طبيعة الانسان أم المجتمع :

تناول الفلاسفة والعلماء من أقدم العصور تفسير الجريمة كظاهرة إجتماعية تدخل فى نطاق محاولتهم للاجابة عن سؤالين : كيف يسلك الناس فى مواقف معينة ؟ ولماذا ؟ وانقسمت الآراء فى ذلك منذ القدم إلى قسمين . قسم يعزو الأصل فى السلوك إلى المجتمع وقسم يعزوه إلى طبيعة الانسان .

وأعطى لنا الفلاسفة اليونانيون هاتين النظريتين المتعارضتين عن الأصل فى سلوك الانسان ، وتعزى إحداهما إلى أفلاطون بينما تعزى الثانية إلى أرسطو .

فأفلاطون كان مثاليا حاول إنقاذ اليونان وثقافتها من الانهيار فحاول تقديم نظام إجتماعى لتحقيق هذا الهدف لذلك تكلم عن أسباب السلوك ، وفى رأيه أن الناس تسلك كما تسلك لأنهم تعلموا ذلك من ثقافتهم ، إذ يولد الناس ولديهم القدرة على تعلم طرق السلوك التى يدربهم عليها المجتمع . ويمكن تحويل الإنسان إلى كائن إجتماعى بالعملية التى ندعيها الآن بالتنشئة الإجتماعية وهى عملية تبدأ عند الولادة وتنتهى بالموت وتشمل كل التوجيهات التى إكتسبها الفرد من حوله . وبهذا يتوقف سلوك الفرد على المجتمع . والجريمة فى رأيه لاترجع إلى سبب طبيعى فى الإنسان بل إلى أسباب مكتسبة . وهو يفرق بين مجرم يقوم بعمله بالإرادة ومجرم يقوم بعمله دون إرادة .

---

* لدراسة تفصيلية أنظر أسس علم النفس الجنائى للمؤلف دار المعارف سنة ١٩٦٧ .

أما أرسطو فقد فسر سلوك الانسان برأى قلب فيه الاوضاع الموجودة فى رأى إفلاطون إذيرى أن المجتمع يتوقف على طبيعة الفرد إذيولدالانسان بغرائز تسيره ولا يمكن تبعا لذلك تغيير طبيعة الفرد ولا يمكن بالتالى تغيير المجتمع . وقد أدى إلى هذا الرأى ما وجده من نظرته السطحية من تشابه الناس فى المدن اليونانية المختلفة ومن توحد طريقتهم فى أسلوب حياتهم وتشابه أنماط حياتهم . وطبقا لهذا الرأى يوجد المجرم الشرير بالسليقة الذى لا يمكن إصلاحه . وكان يرى أن فى الافراد خصائص جسمانية معينة كالشعر ولون البشرة وطول القامة وما إليها تدل على سماتهم الخلقية التى يمكن منها التنبؤ بأخلاقهم .

ويقول سعفان [1] إنه كان بهذا الرأى ممهداً لاصحاب علم الانثروبولجيا الجنائية والمدرسة الايطالية لعلم الاجتماع الاجرامى .

٢ ـ مبدأ اللذة والالم.

كثيراً مايحدث فى فترات التغير الاجتماعى والانقلابات والانحلال الاجتماعى أن تقوم الدعوه بأن هذا أمر طبيعى لا مفر منه وأن العلاج لذلك هو العودة إلى القديم . وكانت إجابه سقراط على ذلك أن مايفعله الانسان يفعله لمبدأ اللذه وما يتجنبه إنما ليتجنب الالم . وهذا هو مبدأ اللذه والالم الذى ساد ونجد له من الاتباع من يؤمنون به حتى وقتنا الحالى. ومن رأيه أن هذا يتم بحكم طبيعة الانسان وهكذا عزا لطبيعة الانسان ما يقوم به الانسان من سلوك ووقع فى نفس الخطأ الذى وقع فيه أرسطو .

وفى أوائل العصر الرومانى وقبل ظهور المسيحية ظهر تفسير قانونى للسلوك مبنى على اللذه والالم اليونانى . وخلاصته أنه يمكن تغيير المجتمع عن طريق

(١) حسن شحاته : علم الجريمة .

القانون بالثواب والعقاب ما دام الناس لن يفعلوا إلا ما يجلب اللذة ، والجريمة سبيل للوصول إلى اللذه . إذ يسعى المجرم للذته على حساب المجتمع ووظيفة القانون إقامة العقوبة التى تجعل المكسب الذى يصل المجرم اليه بجريمته غير مجز ، لذلك يجب ألا تكون العقوبة أقل من المكسب الذى يعود على مقترف الذنب إذ يجب أن تزيد ولكن ليس إلى حد الظلم .

٣ - مبدأ الارادة الحرة :

إعتبر أرسطو دوافع السلوك ومكونات المجتمع بالتالى هى «الطبيعة» . أبدل علماء الدين فى العصور الوسطى مفهوم « الطبيعة » بمفهوم « الله » بيد أن هذا أدى إلى محاولة تفسير لماذا يقوم بعض الناس بالأفعال الشريره التى لا يمكن أن يكون مرجعها الله . لم يتعرض أرسطو لهذه الناحية . غير أن علماء الدين أوجدوا تفسيراً لذلك بخلق « الشيطان » الذى يغرى الناس ببعض الثواب المؤقت ليحيدوا عن الطريق الذى يريده الله ، وللناس حرية الخيار التى أعطاها لهم الله ليتخذوا أى الطريقين ، إما طريق الشيطان أو طريق الله . وتعرف هذه النظرية بنظرية الارادة الحرة . وقد أكدت هذه النظرية رأيا قديما ظل سائداً إلى عهد قريب ويشرح السلوك المنحرف وهى نظرية إستحواذ الشيطان على الفرد . غير أن هذه النظرية لا تعفى الانسان من شعوره بأن هناك قوة تسيطر عليه دون إرادته . بل إنها تقسم هذه القوة إلى شطرين وتدع الانسان ليختار بينهما . وهكذا نجد أن الانسان فى هذه النظرية مقيد بمقدار ما هو مقيد فى نظرية أرسطو بالطبيعة أو بالغرائز . غير أن الانسان يواجه هنا عالمين عالم الله وعالم الشيطان وكل من المجتمعين تسيره قوه خارجة عن إراده الانسان . والانسان بذلك ليس مخيرا كما توحى بذلك هذه النظرية فالمجتمع مصنوع له .

لقد أثرت هذه النظرية الدينية فى العقوبة وواكبت مبدأ اللذة والألم وطبقت فى العصور الوسطى المحاكمات لعقاب المجرم ولجعله عظة للغير . وكثيراً ما كانت العقوبة تقرر ويترك لله أمر إنقاذ المحكوم عليه إن كان بريئا . إذ كان المحكوم عليه يرمى مثلا فى الماء المغلى ، فإذا كان الله بجانبه فسينقذ ، أما إذا كان العكس فستناله العقوبة .

يقوم كل من مبدأ اللذة والألم ومبدأ الارادة الحرة على سيكولوجية الارادة وظل لهذين المبدأين صداهما حتى القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين حيث نجد أثرهما فى آراء المدرسة المعروفة بالمدرسة الكلاسيكية فى علم الجريمة ومن زعمائها بكاريا Baccaria (١٨١٩) إذ كان يرى أن اللذة والألم هما مصدر أفعال الانسان وأن الجريمة ضرر لاحق للمجتمع . ويجب أن يعاقب المجرم عقابا يوازى الجرم الذى وقع منه، فالجريمة ضد الممتلكات تعاقب بالغرامات وله الفضل فى مهاجمة العقوبة بالاعدام ومهاجمة التعذيب والمحاكمات غير العادلة واتهمه القضاة المعاصرون بأنه حامى حمى اللصوص والقتلة .

٤ ـ النظريه الايجابيه :

يمكننا إرجاع بداية البحث عن الأصـــول النفسية للجريمة أو علم النفس الجنائى إلى المدرسة الايجابية التى يتزعمها سيزار لمبروزو . إذ تمسك لمبروزو وأتباعه بأن علاج السلوك الاجرامى يجب أن يقوم على أساس فهم سيكلوجية المتهم . فطبيعة المجرم هى التى يجب أن توضع فى الاعتبار لا طبيعة الجريمة التى تم إقترافها : وقد حاول لومبروزو تأكيد أهمية السببية فى السلوك الإجرامى غير أنه كان يرى أن الجريمة « ظاهره طبيعية ضرورية » كالولاده والموت والحمل . ومن رأى لمبروزو أن المجرم بالولادة هو النوع السائد بين المجرمين، وفى رأيه أنه

يمكن التعرف على مثل هذا المجرم من خصائص جسمانية كالوجه غير المتناسق ، والآذان الكبيرة أو الصغيرة جداً بشكل ملحوظ، والجبهة المنخفضة، والحواجب البارزة ، والذقن العريضة ، وعظام الفك البارزة . والصورة التى يصفها لمبروزو تقرب من الصورة الحيوانية . ولما كان لمبروزو قد تأثرت آراؤه بنظرية التطور فقد اعتبر هذه الصفات موروثة عن الأجداد .

وكما اعتبر لمبروزو الصفات الجسمانية متوارثة ، فقد اعتبر أيضا الصفات السيكلوجية والفسيولوجية متوارثة أيضا . ومن هذه الصفات القدرة على مقاومة الألم ، وحدة الإبصار، والقدرة السريعة على الشفاء من الجروح، والتشابه الكبير بين الجنسين ، والكسل ، وعدم الشعور بالعار أو الشرف أو الندم أو الشفقة ، والاستهتار ، وسرعة الاستثارة والميل للمقامره ومعاقره الخمر ، والغرور مع وجود فكره خاصه عن الله .

وقد كان لولمبروزو يرى أن هناك منطقة مشتركة بين الاجرام والصرع الذى اعتبره سببا هاما من أسباب الجريمة .

وعلى الرغم من أن لو مبروزو وصف أنماطا أخرى للمجرمين ، وعلى الرغم من أنه أعطى أسبابا عديدة للجريمة ، غـــير أن إهتمامه كان دائما بالأسباب الفسيولوجية،وفى رأيه أن الأسباب العضوية تتدخل فى أسباب السلوك الاجرامى بنسبة ٣٥ أو ٤٥ ٪ .

وتتسم معظم نظريات القرن ١٩ وأوائل القرن العشرين باعطائها أهمية كبيرة لعامل الوراثة . فجورنج نفسه ١٩١٣ الذى قام بدراسة إحصائية مقارنا فيها المجرمين بالسويين فى الصفات الجسمانية ليثبت فساد نظرية لمبروزو كان يعتقد أن الجريمة حصيلة للوراثة

ويعتبر داج ديل ١٨٧٧ من أشهر من نادى بنظرية الوراثة كسبب للجريمة إذ قام بتتبع أفراد عائلة الجوكس لسبعة أجيال فوجد أن هذه العائلة خرجت ٢٠٠ لصا، ٢٨٠ شحاذاً، ٩٠ عاهـــرة . وعلى الرغم من أنه أعطى بعض الاعتبار للبيئة التى عاشت فيها هذه الأسر غير أن العوامل البيئية فى نظره كان لها دور ثانوى .

وكان جودارد (١٩١٤) من دراسته لعائلة الكاليكاك يرى أن الجريمة تعزى إلى الضعف العقلى الوراثى .

غير أن الوراثة لاتؤثر فى السلوك بطريق مبـــاشر ولكن عن طريق التكوينات الجسمانية وأهم التكوينات الجسمانية التى تؤثر فى السلوك الجهاز العصبى المركزى، والجهاز العصبى الاوتونومى والغدد والعضلات . وتوجد بعض النظريات المعاصرة التى تحاول الربط بين السلوك الاجرامى ووظائف هذه التكوينات .

معارضه نظريات الوراثه :

لم تذهب النظريات السابقة دون تحد . فقد أدى إزدياد التجارة والعلاقات الخارجية إلى التعرف على مجتمعات أخرى فنرى مونتسكيو فى أوائل القرن ١٨ يقدم نظرية لها أهمية نظرية إفلاطون . ففى رأيه أن السلوك الحسن والسلوك الردىء مرتبط بالجماعة التى تمارس هذا السلوك، فقد وجـــد أن ما هو مقبول فى مراكش والجزائر قد يبدو قبيحا وغير مقبول فى فرنسا وانجلترا . وعزا هذا الاختلاف بين الجماعات إلى المناخ . وعلى أساسه أخذ يفسر نظام الأسرة وما اليها . وفى رأيه أنه إذا أراد الانسان التغير فما عليه إلا أن يغير المناخ الذى يعيش فيه . ومع ما لأهمية إكتشاف مونتسكيو فى العلوم الاجتماعية من حيث

فتح الطريق لدراسة الحقائق الاجتماعية والتخلى عن الأفكار السابقة غير أنه فسر السلوك بأثر عامل واحد وهو المناخ .

وعارض تارد وهو قاض فرنسى نظريات الوراثة فقد وجد أن الناس لا يتأثرون بالمنطق . والجريمة فى الانسان ليس مصدرها طبيعة الانسان ولكن مصدرها المجتمع . فنادى بأن السلوك الإجتماعى معد وأنه ينتشر من فرد إلى فرد عن طريق العملية التى تسمى بالتقليد ، وأن الناس بطبيعتهم لديهم القابلية للايحاء وأنهم يفعلون مايفعله الغير . فالمجرم ما هو إلا فرد حدث أن نشأ بين المجرمين فقلدهم فى أعمالهم . ونظراً لانه عاصر ثورتين وجد أن الناس يثورون بحكم التقليد ونظريته تصف السلوك ولا تفسر أسبابه .

لقد انتقد تارد نظرية لو مبروزو إنتقاداً مراً . وفى مقال للدكتور سيد بدوى (١) عن القانون والجريمة والعقوبة فى التفكير الاجتماعى الفرنسى عرض بالتفصيل إنتقادات تارد لنظرية لمبروزو والتى نشير إلى بعضها إقتباسا من هذا المقال :

١ ـ من الناحية التشريحية أو من ناحية التكوين الجسمانى بما أعطاه لمبروزو للمجرم يذكرنا فى بعض سماته بالبدائى أو بالمتوحش أو بمن لم ينالوا من المدنية إلا حظا ضئيلا ، وهذا التشابه على فرض وجوده لا يفسر لنا سبب إجرامه وذلك لأن البدائية ليست بتاتا مرادفا للاجرام .

٢ ـ من الناحية الوظيفية يميل لمبروزو إلى النظر إلى المجرم على أنه يمثل نوعا من الجنون وأنه عرضة لأمراض القلب واضطرابات الإبصار كعمى الالوان ،

---

(١) سيد بدوى : القانون والجريمة والعقاب فى التفكير الإجتماعى الفرنسى — المجلة الجنائية القومية — المجلد الثامن — مارس ١٩٦٥ .

كما أنه يتميز بضعف الاحساس ، وبقوة الاحتمال للألم والبرد . ويرى تادر أنه لا توجد فائدة عملية لمعرفة كل هـــذه التفصيلات بالنسبة للقائمين على شئون التحقيقات. فاذا فرضنا أن كل هذه الصفات تجمعت فى فرد ما لدرجة يصح معها أن نعتبره نموذجا كاملا للمجرم فهل يكفى هذا لكى نعطى لأنفسنا الحق لاتهامه بارتكاب جريمة تكون قد وقعت فى الحى الذى يقطن فيه ؟

٣ - من ناحية الصفات السيكولوجية التى عددها لمبروزو عن المجرم يرى تادر أن ضعف إحساس المجرم وموت عاطفته لا يرجع إلى أنه مجرم بل لأن المجرمين عادة من طبقات الشعب الجاهلة ذات الحظ الضئيل من الثقافة. وقد لوحظت عند هذه الطبقات ظاهرة إحتمال الألم وعدم التأثر ...... وإذا كان المجرم كما يقول لمبروزو ضعيف الاحساس بالبرد فانه شديد الحساسية للمس الكهربائى وللتقلبات الجوية. وهو إذا كان شديد الاحتمال للألم إلا أنه شديد التأثر بتوقع الخطر فيخيفه مثلا رؤية الخنجر مصوبا اليه أو إعلانه باقتراب ساعة إستجوابه .

٤ - ولقد تعرض لمبروزو للمقارنة بين الجنون والجريمة فبين أن المجرم يولد مجرما أما المجنون فيكتسب جنونه والفرق يمكن تشبيهه بين الخطيب بالسليقة والمعتمد على كتب الخطابة .

ولم يوافق تادر على هذه التفرقة. فالاجرام والجنون فى نظره كلاهما يكتسب. وهو لا ينكر أن الجنون يرتبط بحالات فسيولوجية عصبية، ولكن ذلك لا يمنع إرتباطه بكثير من المؤثرات الاجتماعية ذات الطابع الخاص . والمجرم فى نظر تارد ليس مجنونا وليس نموذجا متخلفا من المتوحش البدائى. وفى رأيه أن دراسة ظاهرة الجريمة لا بد أن تتم فى ضوء المنهج الاجتماعى وذلك بالرجوع إلى آثار البيئة والحياة الاجتماعية والنظم السائدة فى تحديد معنى الجريمة ومدى إنتشارها

فى الأوساط المختلفة . وهو يرى أن الجريمة مهنة إجتماعية فى بيئات إجتماعية خاصة على أن يكون المفهوم من كلمة « جريمة » الجريمة التى تتكرر لا مجرد حادث يقع لظروف طارئة .

بعض النظريات البيولوجية والجسمانية فى تفسير الجريمة

١ ـ الجهاز العصبى :

إن الوراثة لا تؤثر فى السلوك بطريق مباشر ولكن عن طريق التكوينات الجسمانية. ومن أهم هذه التكوينات الجهاز العصبي المركزى ، والجهاز العصبي الأتونومى ، والغدد الصماء. لقد كانت هناك محاولات عدة لتفسير السلوك الاجرامى بالربط بينه وبين وظائف معينة لهذه التكوينات عند بعض الأفراد. وعلى الرغم من وجود العلاقة الوثيقة بين هذه التكوينات ومظاهر السلوك، غير أن كثيراً من النظريات التى تفسر السلوك الاجرامى على أساس وظائف هذه التكوينات تثير تشكك العلماء ولا يقيم لها الكثيرون إعتباراً . وهناك نظرية لفريمان حاول فيها بيان العلاقة بين نشاط الجهاز العصبى الأتونومى والسمات المزاجية .

نظرية فريمان (١٩٤٨) :

لقد قسم فريمان الناس من الناحية المزاجية طبقاً لدرجاتهم على متغيرات ثلاثة هى : ١ ـ استثارة الدوافع ٢ ـ تفريغ الضبط ٣ ـ والقدرة على التمييز . وتتوقف استثارة الدوافع على إدارك المنبهات ذات الدلالة ، بينما يتضمن الضبط تقدير عواقب الفعل الذى يقوم به الفرد، بينما يتوقف العامل الثالث على إستخدام الفرد للمعلومات التي لديه عن البيئة .

ويعنى هذا أنه من الممكن أن يكون هناك من الناس من تستثار دوافعهم بقوة مع ضعف الضبط عندهم وهؤلاء قد يقترفون الجرائم ويكون تكيفهم سيئا كالسيكوباثيين بينما يكون هنـــاك من الأفراد من لا تستثار دوافعهم بسهولة ، ويكون الضبط لديهم قويا وهؤلاء يكون طموحهم محدوداً ويخشون المحاولات الجديدة ، وقد ينتهى بهم الأمر إلى المستشفيات العقلية كأفراد تنقصهم الكفاية. أما الشخص الذى تكون درجته مرتفعة على كل من الاستثارة والضبط فقد يؤدى به ذلك إلى النجاح وسيبذل النشاط فى الوقت المناسب للعمل المناسب .

ويبدو أن نظرية فريمان تقوم على إيجاد التوازن بين الجهـــاز السمبثاوى والجهاز الباراسمبثاوى وأولهما وظيفته الاستثارة بينما وظيفة الثانى التهدئة . وهناك من الأفراد من يسود لديهم نشاط الجهاز السمبثاوى بينما هناك من يسود لديهم النشاط الباراسمبثاوى ويوحى هـذا بأن المنحرفين والمجرمين يسود لديهم نشاط السمبثاوى على نشاط الباراسمبثاوى .

فرض الطاقة الجسمانية :

يرتبط الجهاز العصبى الأتونومى بالانفعالات والنواحى المزاجية الشخصية . وقد بينت الدراسات أن الأحداث المنحرفين على سبيل المثال يختلفون عن الأسوياء فى المزاج والنواحى الانفعاليـــة . إذ يتميز المنحرفون بأن دوافعهم أقوى ، وإنفعالاتهم أحد خاصة فى النواحى العصبية والعدوانية . وقد أدى هـذا إلى افتراض أن المنحرفين بالوراثة أكثر نشاطا وحيوية وبالتالى يتعرضون لإحباط بدرجة أكبر ممـا يؤدى إلى زيادة عدوانيتهم . ومن أشهر من نادوا بهذا الرأى شلدون . ولشلدون تكنيك خاص لتقسيم الأفراد إلى أنماط جسمانية . وبتطبيق هذا التكنيك على مائتى شاب فى إحدى مؤسسات الايداع وجد أن معظم المنحرفين

من النمط الذى يتميز بالقوة العضلية والجسمانية. ويتميز الأفراد من هذا النمط فى رأى شلدون (١٩٤٢) بالنشاط الزائد والحيوية والعنف والاستجابة الحادة للاحباط . ونظراً لعنفهم فهم يستجيبون للاحباط بالعدوان ، ونظراً لقوتهم فهم ينجحون فى المعارك . ولما كان العراك والاعتداء على الممتلكات مما يعتبر سلوكا منحرفا فان هذا النمط بحكم تكوينه يتعرض للمشاكل .

٢ ـ الغدد الصماء :

من بين أولئك الذين غالوا فى أهمية الغدد الصماء لويس برمان Berman ففى كتابين له ظهرا فى سنة ١٩٣٨ وسنة ١٩٢٨ أعطى لنشاط هذه الغدد من الأهمية ما لم يمكن تصوره . إذ ادعى دون بيان الدليل أن المرضى بالعصاب ، والذهان، وضعاف العقول والمجرمين ضحايا لاضطراب نشاط فى الغدد الصماء وأنه يمكن علاج كل هذه الحالات باعادة الاتزان إلى نشاط الغدد . ويرى أنه يمكن التحكم فى عملية النضج وتكوين الشخصية بالتحكم طبيا فى نشاط الغدد . ويعلق هوسكنز HosKins (١٩٤١) على ذلك بقوله « قبل إعادة صياغة علم النفس وعلم الاجتماع وعلم الاجرام صياغة مقنعة كظاهر خاصة من مظاهر وظائف الغدد تبدو الحاجة ماسة للكثير من الحقائق التى نفتقر إليها حاليا » .

لقد اتخذت الدراسات التى تحاول بيان أثر نشاط الغدد على الشخصية أشكالا مختلفة . ففى البداية كانت الدراسات تقوم على الملاحظات الاكلينيكية لأولئك الذين يعانون من اضطراب فى نشاط الغدد لأسباب طبية وملاحظة التغيرات التى تطرأ عليهم . وحديثا تقوم الدراسات على التطعيم بخلاصة هرمونات معينه وبيان أثرها . كما تستأصل الغدد من الحيوانات دون ما حاجة مرضية لذلك . وهكذا

يتم التوصل حاليا إلى معلومات مستفيضة عن الغـــدد ووظائفها . غير أن هذه المعلومات كلها لم تعطينا معلومات قاطعة عن أثر الغدد على الشخصية بل زادت الصورة تعقيداً ، ويعلق كلجهورن (١٩٥٢) على ذلك بقوله إننا لازلنا عاجزين عن فصل أثر التغيرات التى تحدث فى البيئة الكيميائية الداخلية عن عوامل الوراثة وعن الخبرات المكتسبة السابقة ، لهذا فان المعلومات التى لدينا حاليا لا زالت غامضة عن علاقات غامضة . والمعلومات الثابتة لا زالت ضحلة .

٣ - الأنماط الجسمانية :

توجد محاولات منذ أيام الاغريق لتقسيم الناس إلى أنماط طبقـــا لمظاهرهم الجسمانية . وقد أشرنا إلى أن أرسطو حدد بعض المظاهر فى الوجه والتى يمكن على أساسها معرفة شخصية الفرد كما حاول هيبوقراط تقسيم الناس إلى أنماط تبعا لكيمياء الدم ، وقرر أن هناك رابطة بين هـذه الأخلاط والأمزجة . غير أن الفراسة Phsiognomy أى إكتشاف إستعدادات الشخص من ملامح وجهه وجسمه كما ادعى لمبروزو يراها العلماء على أنها لا تقوم على أساس علمى ، ولا ينادى بها إلا الأدعياء .

ولعل أشهر نظريات الأنماط هما نظرية كرتشمر وشلدون * ولا داعى للخوض فى تفصيل هاتين النظرتين ويكفى القول إن كلا منهما حاول الربط بين النمط الجسمانى للفرد والنواحى المزاجية .

وبينت هذه الدراسات (١٩٥٠) أن هناك سمات ترتبط بالتكوين الجسمانى كما ترتبط بالانحراف ، فالمنحرفون من النمط العضلى ترتفع درجاتهم على سمة تأكيد الذات بينما تنخفض على النزعات الماسوكية (التلذذ بالألم) ، كما ترتفع على الاستجابات الحركية

* لدراسة هاتين النظريتين أنظر المرجع فى علم النفس أو أسس علم النفس الجنائى للمؤلف .

غير المقيدة وترتفع قليلا على حب التملك ، وتنخفض على التمسك بالعرف والسلوك العملى.

كما أن هناك سمات ترتبط بالانحراف غير أنها لا ترتبط بالنمط الجسمانى . مثل العدوانيـــة ، والشك والاستعداد للايحاء ، والعند ، والمغامرة . كما أن المنحرفين أكثر كراهية لمواقف الفحص النفسى والجسمانى ، وأكثر إستعداداً للإنفجار .

وفيما عدا هذه الدراسة لم تبين الدراسات الأخرى علاقة قاطعة بين الأنماط الجسمانية والشخصية . ففى دراسة قام بها تشايلد Child (١٩٥٠) وهذه الدراسة تقتبس أحيانا لتأكيد صحة نظرية شلدون كانت معاملات الارتباط بين الأنماط الجسمانية والسمات المزاجية منخفضه جدا عن تلك التى ساقها شلدون . لذلك لا يمكننا إلا القول أن نتائج هـــذه الدراسة لا تؤكد نتائج شلدون إلا فى مستوى ضعيف .

غير أن دراسة دافيدسون وزملائه (١٩٥٧) على الأطفال الانجليز تعطى بعض التأكيد لنظرية شلدون . إذ يقال دائما أن نظريته لا يمكن تطبيقها على الأطفال غير أن دراسة دافيدسون قد درات حول ١٠٠ طفل فى سن السابعة. حاول الباحثون فيها إيجاد معاملات الارتباط بين الأنماط الجسمانية كما يحددهـا شلدون وتقديرات الشخصية التى قام بهـا عدد من الملاحظين . لقد بينت هـذه الدراسة أن الأطفال من النمط العضلى يميلون نحو السيطرة بينما الأطفال من النمط السمين والنمط النحيل يميلون نحو الخضوع .

لقد جذبت نظرية شلدون الانتباه فى أوروبا حيث تحمس لها كثير من العلماء الاوربيين غير أن شلدون نفسه يحذر من أن التكوين الجسمانى وحده لا يمكن

اتخاذه وسيلة للتنبؤ بالإنحراف، إذ أن محاولة التنبؤ بشيء كالاجرام من التكوين الجسماني وحده يكون كمحاولة التنبؤ بأين تصيب الرصاصة عن طريق وصف البندقية والرصاصة ، فى حين أن الأمر يستلزم أيضا تناول عوامل أخرى مثل الطريقة التى صوبت بها البندقية » (١٩٤٩) .

الموقف الحالى فى تفسير الجريمة :

إن المنادين بالسبب الوراثى أو البيولوجى أو التكوينى لم يحتكروا الميدان فقد قام أنصار البيئة يعزون أسباب الجريمة إلى الظروف البيئية . ومن أوائل علماء الاجرام الاجتماعى كوتيلت ، وكروبتكين . ففى رأى كوتيليت أن البلاد الجنوبية تتميز بجرائم القتل بينما البلاد الشمالية تتميز بجرائم السرقة ، بينما كان كروبتكين يقول : خذ متوسط الحرارة فى الشهر واضربه فى ٧ ثم أضف إلى الناتج متوسط درجة الرطوبة وأضربه فى ٢ فتحصل على عدد جرائم القتل فى هذا الشهر .

ومن الواضح أن كل هذه الآراء كانت تهتم بتحديد أنماط للمجرمين ، كما كانت تهتم بالسببية فى السلوك الإجرامى . غير أنها غالبا ما كانت تعزو السلوك إلى عامل واحد وغالبا ما كان هذا العامل جسمانيا أو بيولوجيا بالاشارة الضعيفة إلى المجتمع أو العوامل النفسية . فباستثناء أفلاطون كان السلوك يفسر ويعزى إلى قوى ستاتيكية ليست ديناميكية . فأرسطو عزاها إلى قوة بيولوجية . ولم ينجو أصحاب مبدأ اللذة والألم من الوقوع فى الحتمية . ويعتبر رأيهم فى الواقع شكلا آخر من أشكال الغـــريزة . أما نظرية الارادة الحرة فقد تركت الانسان ليختار بين أمرين إجتماعيين كل منهما محدد بقوى خارجة عن إرادة الإنسان نفسه .

وإن كان رأى مونتسيكو وتارد ينجوان من بعض هذه الانتقادات غير أنهما يحاولان تفسير السلوك فى ضوء قوى طبيعية وإن كان هذا لا يصدق تماما على رأى تارد غير أنه إذا كان فى رأيه أنه من الطبيعى أن يقوم الإنسان بتقليد من حوله فكأن التقليد عملية أوتوماتيكية وحتمية . وإن كان رأى تارد يتفق ومبادىء علم النفس الحديث إلا أنه مبسط جداً، فعلاقة الانسان بالمجتمع علاقة معقدة ولا يمكن أن يعزى سلوك الانسان إلى سبب واحد وقوة غير متغيرة كالتقليد .

إن الاتجاه الحالى فى دراسة أسباب الجريمة يقوم على : -

١ - تعدد العوامل وتشابكها وتداخلها وتفاعلها ويكفى أن نعرف أن هيلى فى ١٩١٥ حدد مايقرب من ١٣٨ عاملا بينما عدد بيرت ١٧٠ عاملا . ونرى أن تعدد العوامل يبرزه دراسة مثل دراسة جلوك وجلوك التى سنشير إليها فى الوقت المناسب مع مراعاة التفاعل الذى يتم بين هذه العوامل .

٢ - يقول لابيير وفارنزورث أنه إلى عهد حديث كان الاهتمام النفسى الاجتماعى موجها إلى العمليات التى يتم بها إكتساب الفرد خصائصه الاجتماعية خلال خبراته مع الآخرين وقد إكتسبنا الكثير من المعلومات فى هذه الناحية وتجاهلنا المواقف الاجتماعية التى يتعلم فيها الفرد أو يسلك . نتيجة لهذا كان هناك إتجاه إلى دراسة عملية التعلم دون الاهتمام بموقف التعلم ، وتناول الفرد دون الاهتمام بالتفاعلات الاجتماعية ، والاتجاه الحالى هو دراسة الفرد فى عملية التفاعل الاجتماعى بينه وبين الموقف .

لذلك تستلزم دراسة الجريمة معرفة طبيعة التفاعل الاجتماعى الذى يمدنا بدور تكوين الشخصية وعوامل ثباتها ، ويتطلب ذلك معرفة السلوك المقبول إجتماعيا فى الثقافة أو معايير السلوك فى المجتمع .

٣ ـ إذا كنا نبحث عن الأسباب فلن نجدها إلا إذا توصلنا إلى قوانين علمية تمكننا من التعميم ، وإمكانية تحقيقها أو رفضها . والقوانين السببية تعنى أن هناك عاملا معينا ينتج دائما تغيراً فى عامل آخر وليس لدينا حاليا قوانين سببية فى تفسيرنا للجريمة ، ولكن لدينا إتجاهات تعميمية وهى تمثل بعض الانطباعات التى لوحظت ولكن لا يتوفر فيها كل الظروف والشروط التى يجب توفرها فى قانون يستحق التعميم وإن كانت تعتبر مرحلة أولية قد تؤدى بنا إلى تكوين قانون عام ولها فائدتها غير أنه يجب أن تؤخذ بحرص فى تفسيرنا للاسباب .

وإذا كانت بعض الدراسات تبين لنا معاملات إرتباط بين الجريمة وبعض العوامل يجب ألا تؤخذ هذه النتائج كقوانين سببيه ، إنما هى قوانين عددية تعبر عن إرتباط بين ظواهر مختلفه فى شكل معادلة دون إستخدام مفهوم لسببيه .

٤ ـ تقوم دراسة تفسير الجريمة حاليا فى ضوء الأسس البيولوجية النفسية والأسس الاجتماعية النفسية والتحليل النفسى ، إذ أن الاتجاهات الحديثة فى تفسير الجريمة مستمدة من هذه الأسس .

السيكوباثية والجريمة

يعزى الفضل إلى بريتشارد (١٨٣٥) طبيب الأمراض العقلية الانجليزى فى أنه أول من أشار إلى وجود فئة كبيرة من مشكلات الطب النفسى التى لا تنطبق عليها التشخيصات المألوفة فى الطب العقلى فى ذلك الوقت ، وابتدع لها مصطلح « الجنون الخلقى » Moral insanity ، « والبله الخلقى » . ووصف بريتشارد هذه الحالة على أنها شكل من أشكال الخلل العقلى تبدو فيه الوظائف الفكرية دون أن

يلحقها أى ضرر، بينما يبدو الاضطراب أساسا أو إطلاقا فى الوجدانيات أو المزاج أو العادات ، وتنحرف الحالات التى تعانى من هذا الاضطراب أو تنحط خلقيا بفقدان القدرة على السيطرة على الذات ، والسيطرة على السلوك بما يتفق ومعايير الكرامة واللياقة ، دون فقدان القدرة على التحدث أو المناقشة أو التفكير فى أى موضوع من الموضوعات التى يمكن أن يتطرق إليها الحديث .

وفى عام ١٨٩١ قدم كوش Koch مصطلح الانحطاط السيكوباثى مستخدما إياه لا ليدل على الفئة التى أشار إليها بريتشارد وحدها والمصابة بالجنون الخلقى ولكن ليتضمن أيضا أنواعا من العصاب الهستيرى وعصاب الحواذ . ويبدو فى تعريف كوش ولأول مرة التسليم بوجود عامل وراثى يهيء الفرد للسيكوباثية .

ومنذ أيام كوش يستعمل مصطلح الانحطاط السيكوباثى أو مصطلح مماثل للدلالة على وجود مشكلة محددة أو إضطرابات فى الشخصية لاينطبق عليها أى تشخيص إكلينيكى من التشخيصات المعروفة .

وفى سنة ١٩٣٠ استعرض بارتردج Partridge ما كتب عن السيكوباثية وأبرز التنافر فى الآراء حول هذه الفئة . إذ وجد أن الفئة التى يتم تشخيصها بالسيكوباثية يتنوع الأفراد فيها تنوعا كبيراً ، إذ كثيراً ما يدخل فيها بعض من يعانون من الضعف العقلى ، وبعض من يعانون من عصاب أو ذهان كامن ، كما يتضمن الفئة التى يقترح هو تسميتها بفئة « السيكوباثيين الاجتماعيين » .

وأهم ما يميز هؤلاء هو صعوبة التكيف لمطالب المجتمع .

وتتمثل وجهة نظر التحليل النفسى فى الشخصية السيكوباثية فى رأى الكسندر (١٩٣٠) إذ تكلم عن « الشخصية ذات الخلق العصابى » وهذا المصطلح فى التحليل

النفسى هو الوصف الذى يطلق فى العادة على ما يسمى بالشخصية السيكوباثية .
ويرى الكسندر أن لفظة عصابى يمكن أن تنطبق بدقة على الفرد الذى تظهر صعوباته فى شكل نمط مضطرد من السلوك الاجتماعى الذى ينحرف إنحرافا بينا عن الأنماط السوية .

وميز بين أربعة أنواع من ردود الأفعال المرضية التى تختلف عن بعضها من حيث ديناميكيات التحليل النفسى هى :

١ ـ العصاب . ٢ ـ الخلق العصابى . ٣ ـ الذهان . ٤ ـ الاجرام الحقيقى .
وهذه الفئات مرتبة ترتيبا تنازليا تبعا للنقص المضطرد فى قوة الأنا على مقاومة الاندفاعات اللاشعورية فالعصابى لديه أكبر قدرة على المقاومة بينما المجرم الحقيقى لديه أقل قدر منها .

ويفسر الكسندر ديناميات الردود الأربعة فيما يلى:

١ ـ الصراع موجود فى العصاب ، وقد حدث للاندفاعات اللاشعورية إحلال ، وتعبر هذه الاندفاعات عن نفسها باشباعات بديلة .

٢ ـ أما فى الخلق العصابى ، فالصراع موجود أيضا ، أما الاندفاعات اللاشعورية فتعبر عن نفسها بالتنفيذ بالفعل العصابى متوصلة بذلك إلى إشباع حقيقى ولكن متخفيا .

٣ ـ وفى الذهان لايوجد صراع ، إذ تتحطم العمليات الدفاعية ، ويتحطم تنظيم الذات ، ويتم إشباع الاندفاعات اللاشعوريه بطريقة ليس فيها أي تخفى .

٤ ـ وفى الاجرام الحقيقى لايوجد صراع أيضا ، كما تفشل العمليات الدفاعية ،

غير أن انتظام الذات يظل قائما ، ولا تتعدل الاندفاعات اللاشعورية ولا تتقيد .

وإذا صح رأى الكسندر فان سلوك السيكوباثى يكون عصابيا كسلوك ذلك الذى يشخص عرفيا بالعصابى . بيد أن تقبل رأيه يتوقف على مدى تقبل المرء لسيكلوجية التحليل النفسى .

الموقف الحالى للتشخيص بالسيكوباثية :

يقول كبيرج (١٩٤٦) أن تشخيص أى حالة بالسيكوباثية تشخيص غامض لا يقوم على دراسة عميقة للحاله ، لذا يجب التخلى عن ذلك تماما لأن هذا التشخيص فيه تضليل من الناحيـة النظرية ، كما أن فائدته العمليـة محدودة ومعوقـة للتفكير العلمى السليم ، إلا أنه على الرغم من الخلاف بين المتخصصين حول هذا المصطلح يبدو أن هناك اتفاقا على السلوك الذى يمكن وصفه بأنه سلوك غير إجتماعى أو سيكوباثى سواء أكان هذا السلوك راجعاً إلى شخصية تسمى بالشخصية السيكوباثية أو راجعا إلى أى مرض آخر . ويعتبر كاربمان (١٩٥١) Karpman ممن درسوا هـذه المشكلة دراسة واسعـة مستفيضة . وفى رأيه أن السيكوباثية مرض خاص وليست نمطا من أنماط الشخصية . وهو يرى أن هناك نوعين منهما السيكوباثية الثانوية والسيكوباثية الأولية . أما الثانوية فهى أعراض لأمراض عصابية نفسية أو أمراض عقلية ؛ أما الاولية فلازالت أسسها النفسية غامضة غير معروفة. وتكون السيكوباثيه الثانوية حوالى ٨٥ ٪ من الحالات التى يمكن تشخيصها بذلك، وهذه يمكن علاجها بعلاج المرض الاصلى الذى يعانى منه الفرد .

ويلخص رابين Rabin الملامح الاساسية للشخصية السيكوباثية وكيف تعبر هذه الملامح عن نفسها فى السلوك اليومى والعلاقات الاجتماعية معتمداً فى ذلك على

كتابات كلكلى (١٩٥٥) ، وهندرسون (١٩٣٩) ، وبرو (١٩٤٤)،وخبراته الاكلينيكية الخاصة فيما يلى :

١ — فقدان الضمير او عدم كفايته:

لقد استخدم بريتشارد مصطلح « الجنون الخلقى » ومصطلح «البله الخلقى»،وكان يقصد بذلك الإضطراب الحاد فى القدرة على إصدار الأحكام الخلقيـة . ولازال هذا العامل عنصراً فى أى وصف للشخصية السيكوباثية اليوم .

ويوجد مظهران متصلان لمفهوم الضمير المختل، أو ما يسميه المحللون النفسيون بالأنا الاعلى، أولها عدم قدرة السيكوباثى على تطبيق الاحكام الخلقية السائدة فى مجتمعه على سلوكه ، إذ يغش ، ويكذب ، ويسرق ، ولايحافظ على الوعد ...الخ. والمظهر الثانى هو عـدم الشعور بالذنب . إذ أن الشعـور بالذنب عنصر هام فى تـكوين الضمير ، إذ يشعر الشخص السوى بالذنب إذا ماخالف القواعدالاخلاقية التى تحكم السلوك وبالتالى يشعر بالتعاسة وتأنيب نفسه . هذا بالإضافة إلى أن الشعور بالذنب يقوم بوظيفة التحذير والوقاية ، إذ يمتنع كثير من الافراد عن طرق القواعد الاخلاقية خوفا من تأنيب الضمير والشعور بالتعاسة . وهذه الحالة غير معروفة للسيكوباثى ، إذ يستمر فى سلوكه المنحرف ، وغشه ، وخداعه دون شعور بالعار أو الذنب . وإن كان يحاول فى بعض الاحيان الاعتذار عن سلوكه وتصرفاته وإظهار الندم وإعـلان التوبة ، غير أن هذه مجرد ألفـاظ لاذرة من الإخلاص فيها . وهو قادر على إعطاء أسباب وجيهة لتبرير تصرفاته قد تخدع الكثيرين فيه مما يساعده فى كثير من الاحيان على التخلص من المآزق الصعبة ليعود ثانية إلى تـكرار نفس المواقف ونفس السلوك .

٢ ـ عدم النضج الانفعالى ـ التمركز حول ذاته :

لا يهتم الطفل الصغير فى العادة إلا بنفسه ورغباته وحاجاته ، فهو المحور الذى يدور حوله عالمه الخاص . وإذا ما أصيب بالإحباط استجاب للبيئة باندفاعاته متخبطا معتديا على أقرب الناس اليه لفشلهم فى الإشباع المباشر لحاجاته. ثم يأخذ بالتدريج كلما كبر بالتطبع الإجتماعى ، إذ يتعلم كيف يوافق بين سلوكه والمجتمع الملىء بغيره من الأفراد ، كما يتعلم كيف يؤجل الإشباع المباشر لحاجاته، ويراعى حاجات الآخرين التى قد تتعارض أحيانا مع حاجاته ، ويتعلم أنه لن يظل محور الاهتمام الذى يدور حوله العالم ، إذ لا بد أن تؤخذ حاجات الآخرين ووجدانياتهم فى الإعتبار ، وعليه أن يطيع بعض القواعد التى وضعها المجتمع لتنظيم العلاقة بين الأفراد . ويتحقق من الأضرار التى تلحق المجتمع إذا ظل كل فرد فيه أنانيا لا يراعى إلا أمور نفسه ، وبهذا يبدأ الطفل فى التخلى عن التمركز حول ذاته ويأخذ فى الاتجاه نحو التمركز الاجتماعى كجزء من عملية النمو .

غير أن السيكوباثى لا ينمو أبداً بمثل هذه الصورة ، إذ ينمو جسمانيا ومظهريا وعقليا بقدر ما تسمح له قدراته الادراكية والحركية بما يساعده على استغلال البيئة ، غير أنه لا ينمو أبدا انفعاليا . ويظل تمركزه حول ذاته كالطفل ، إذ لا يهمه سوى نفسه واشباع رغباته وحاجاته اشباعا مباشراً. ولما كان كالطفل لا يمكنه تحمل تأخير أو تأجيل اشباع هذه الحاجات فإنه يشعر بالاحباط الشديد إذا ما وقف عائق دون أهدافه ، فيندفع للحصول على ما يريد دون تحذير من ضمير أو خوف من شعور بالذنب .

غير أن السيكوباثى يختلف عن الطفل فى أنه قد نما جسمانيا وتكونت لديه

مهارات يستخدمها فى إستغلال بيئته ، فيسخر هذه المهارات لإشباع حاجاته الطفلية أو ضد غيره من الأفراد الذين يقفون حائلا بينه وبين رغبـاته . وهنا تـكمن خطورته ضد المجتمع

ويجب أن نضيف أن السيكوباتى كالطفل يفقد القدرة على السيطرة على نفسه إذ أن الفرد السوى يتمكن من ضبط نفسه والسيطرة عليها نتيجة لعملية التنشئة الإجتماعية ، ويتعلم أنه إذا أخطأ فسوف يوقع عليه العقاب ، غير أن السيكوباتى لا يتعلم أبداً من خبراته ولا يجدى معه ثواب أو عقاب . ويستمر فى تـكرار نفس الأعمال التى سبق له أن عوقب عليها ، ولا تؤثر الخبرات الســـابقة على سلوكه فى المستقبل .

٣ ــ عدم وجود خطة طويلة الأمد للمستقبل:

يعيش السيكوباتى عادة فى الحاضر وشعاره « هنا ، والآن » وهو فى الحقيقة عاجز عن التطلع إلى المستقبل أو التخطيط له ، ما دام يعيش فى حاضره . والحياة بالنسبة له عبارة عن سلسلة من الأفعـال الإندفاعية لا تخدم خطـة للمستقبل أو التوصل إلى أهـداف مرغوبة إجتماعيا فيها إستقرار إقتصـادى وإجتماعى وانفعالى . وان كان فى بعض الاحيان يصمم على اتباع خطة لبناء مستقبله فيفشل دائما فى تحقيقها ، إذ تحوله عن مقاصــــده نزوات طارئة أو اغراءات عارضة ، فتراه لا يتمسك بحرفة على الرغم من انه قد يؤديها بنجاح ، بيد أن مشاكساته لزملائه ولرؤسائه ومن يتعامل معهم والتجاءه إلى الكذب والغش والتحايل ، وعـدم تقديره للمسئولية تحـول بينه وبين الاستقرار فى عمــــل .

٤ — العجز عن الحب والارتباط العاطفى:

ورابع الخصائص وآخرها عجز السيكوباثى عن إقامة روابط عاطفيـــة أو علاقات متبادلة مع غيره من الأفراد ، فما دامت إهتماماته مركزة حول نفسه فلن يسمح لأى أحد آخر بدخول عالمه . وتتوقف أهمية الآخرين عنده على مدى إستغلاله لهم لتحقيق أهدافه وإشباع حاجاته .

والصداقة الحقيقية ليست من الخبرات التى يتضمنها نشاطه . وذلك مع قدرته على إجتذاب عطف الآخرين وحبهم له ، بيد أنه لا يعطيهم حبا بحب أو يبادلهم عطفا بعطف، فلن يقيم لأحد أى إعتبار وسوف يخونهم عند أول فرصة، ويستغل ثقتهم فيه لتحقيق مآربه فهو عاجز عن التضحية للآخرين رغم تضحية الآخرين من أجله، إذ يفتقر إلى القدرة على المشاركة الوجدانية وتقمص مشاعر الآخرين لعجزه عن الإحساس بما يحسه الاخرون . فمن أهم ميزاته عدم الإحساس بانفعالات الغير أو مشاكلهم .

وينطبق ذلك على الحب . فهو عاجز أيضا عن حب الغير . وهذا لا يمنع من أن له حياته الجنسية وعلاقاته الجنسية ، غير أن هذه العلاقات تفتقر إلى العمق والاصالة، كما لا يوجد إستقرار فى مثل هذه العلاقات ، فهو فى العادة زير نساء . وقد يعترف لاحداهن بالحب والإخلاص الابدى ولكن مؤقتا لينتقل من حب إلى حب وراء نزواته . ولما كان ممثلا بارعا فهو قادر على تمثيل الحب إلى أقصى الحدود ، لا للحب ذاته ولكن للوصول إلى مآرب ذاتية لا كتساب الثقة أو كسب التعاون أو الاشباع الجنسى .

والعملية الجنسية بالنسبة له عملية فسيولوجية بحته لا تعقدها إنفعالات الحب، وعارضة دون إرتباط أو ولاء أو إحترام الشريك .

والخلاصة أن أهم مايميز السيكوباثى هو إنحرافه إجتماعيا، ويتميز من طفولته بشدة المراس والشغب والمناوشة ، ولايؤثرفيه مدح أو ذم ولاثواب ولاعقاب، فهو دائما خارج على التقاليد والنظم ، ويعتبر عاديا فى قدراته العقلية ، إلا أنه لايعبأ بالمسئولية ولايتخلى أبداً عن سلوكه الطفلى ، وتبـــدو بعض تصرفاته غريبة وكأنها تصدر عن عقل مريض ، إذ قد يكون غنيـا وفى غير حاجة إلى المال إلا أنه يلجأ إلى السرقة لمجرد اللذة ، وقد يملك سيارة فيرى سيارة أخرى فيقودها ويقذف بها من قمة جبل ويعود إلى سيارته ثانية وكأنه لم يفعل شيئـا غريبا . وهو يتميز عادة بالظرف والقدرة على إجتذاب عطف الغير واعجابهم به وصداقتهم له بالرغم من أنه لايؤتمن ولايوثق فيه . ويعتبر من يؤجرون فى مصر للاغتيال والإنتقام بحرق المحاصيل وما شابه من ذلك النوع . ويصدق عليهم المثل القائل «يقتل القتيل ويمشى فى جنازته» ويتميز كذلك بالانانية وعدم مراعاة شعور الغير أو حرمة ممتلكاتهم وحقوقهم ، وعدم تأنيب الضمير أو الشعور بالذنب ، وتعوزهم القدرة على الحب أو التعلق بأى شىء أو أى أحد، وقد يضحون بأقرب صديق أو أقرب قريب لهم فى سبيل منفعة ذاتية . وبالرغم من قدرتهم على التعبير عن إنفعـالاتهم وعواطفهم فهم نادراً ما يكونون صادقين فيها . كما يتصفون بعدم القدرة على التحكم فى موجاتهم الاعتدائية ، ويتصرفون كما يوحى اليهم الموقف دون النظر إلى العواقب وما قد يترتب على تصرفاتهم .

ويدخل فى عداد السيكوباثيين عتاة المجرمين ، ومدمنـو الخمر والمخدرات ، والمنحرفون ، والمزمتون ، والمشردون، والبلطجية ، والمتعصبون دينيا أومذهبيا، والعاهرات ، والمرضى بالكذب وما إلى ذلك .

على أننا يجب أن نشير إلى أن نسبة السيكوباثيين بين المجرمين ضئيلة ، ويعنى

هذا أنه يجب ألا نحكم على كل المجرمين بأنهم سيكوباثيون . ففى دراسة برومبرج وتومبسون (١٩٣٧) التى يستشهد بها لبيـان الصلة بين الأمراض العقلية والاجرام كانت نسبة من تم تشخيصهم بالسيكوباثية لاتعدو ٦،٩ ٪ وفى دراسة برنارد جلوك (١٩١٨) على سجناء سنج سنج كانت النسبة ١٩ ٪ مع ملاحظة أن هذا السجن يوضع فيه فى العادة أخطر المجرمين .

أما بين الاحداث فقد استعرض لورى (١٩٤٤) الحالات المختلفة للاحداث المنحرفين التى شخصت بالسيكوباثية وانتهى إلى أن نسبة السيكوباثيين لاتعدو ٣٪ أو ٥٪ وتؤكد معظم الدراسات أن حالات الاطفال الذين يمكن إعتبارهم سيكوباثيين نادرة إن لم تكن منعدمة .

النظريات التى تفسر السلوك السيكوباثى :

إن النظريات التى تفسر السلوك السيكوباثى كلها فى الواقع ليست إلا فروضـا علمية لم ترق إلى مستوى النظريات . إذ أن نتائج البحوث التى تحاول إثبات هذه الفروض متناقضـة ومتضاربة خاصة وأن الطب العقلى قد عجـز حتى الآن عن إيجاد علاج للحالات السيكوباثية . إذ أن أظهر خصائص السيكوباثية مقاومتها فى العلاج . ونستعرض فيما يلى أهم الفروض التى تفسر السلوك السيكوباثى معتمدين هنا أيضا إلى حد كبير على مقال رابن الذى سبق الاشارة اليه .

١ — الفرض الوراثى :

فى عرضنا لنظريات علم الاجرام فى تفسير الجريمه رأينـا أنه جاءت فترة من الزمن خاصة فى أواخر القرن الثامن عشر وأوائل القرن التـاسع عشر كان يفسر السلوك الاجرامى على أساس الوراثة ولازال التفسير بالوراثة له مكانه فى تفسير السيكوباثية . غير أننا نعـرف من دراستنا للوراثة والبيئـة أن الوراثة لاتؤثر فى

السلوك الذى هو موضوع الدراسة فى علم النفس بطريق مباشر ولكن عن طريق التكوينات الجسمانية . ولهذا يقال أن هناك عامـــلا جينيا يؤدى إلى إنحطاط التكوينات الجسمانية عند السيكوباثين ، وهـذا بدوره يؤدى إلى مظاهر السلوك السيكوباثى ، غير أن هذا الرأى لم تثبت البحوث صحته حتى الآن.

٢ — فرض «المخ الشاذ» :

بينت كثير من الملاحظات على الأطفال والبالغين أنه يعقب أى إصابة فى المخ نتيجة لحادثة أو مرض تغيرات سلوكية ، إذ يصبح الفرد إعتدائيا فى سلوكه ويزداد نشاطه ويصبح سريع الانفعال سهل الاستثارة ، وغالبا ماتظهر نزعات إلى سلوك مضاد للمجتمع ، ولما كان هناك تشابه كبير بين هـذه الأعراض ومظاهر السلوك السيكوباثى ، افترض البعض وجود مرض أو ضرر أو نوع من الشذوذ فى مخ السيكوباثى قد يعزى اليه السلوك السيكوباثى . غير أن فحص ردود الافعال المنعكسة للسيكوباثيين كانت كلها سلبية ، ومع ذلك يرى البعض أن الضرر قد يكون فى جزء من المخ لايؤثر فى الافعال المنعكسة العادية ولكن يؤثر فى الضبط الانفعالى والعمليات العقلية العليا .

ويلجأ الاطباء إلى بيان مدى سلامة المخ بتسجيل مايسمى بتيارات المخ التى تبين نشاط اللحاء ، ويظهر هذا فى شكل رسوم بيانية .E.E.G وهناك عــــدة تيارات تبينها هـذه الرسوم تعتبر ذات أهمية من الناحية التشخيصيـة هى تيارات الفا وتظهر بمعدل ٨ - ١٣ فى الثانية وهى توجد عادة فى البـــالغين الأسوياء وتيارات بيتا وجاما وهى أسرع من تيارات الفا وتوجد أيضا فى البالغين الاسوياء غير أن تيارات دلتا البطيئة جداً والتى تظهر بمعدل أقل من ٨ فى الثانية فتوجد عادة فى الحالات المرضيه عند الاطفال والبالغين.

وتظهر التسجيلات الشاذة فى كثير من الحالات المرضية كالصرع والأورام المخية وما إليها . غير أن هذه الطريقة ليست طريقة تشخيصية كاملة ، إذ تبين نسبة تتراوح مابين ٢٠ - ٣٠ ٪ من الأسوياء شذوذاً فى رسوم تيارات المخ .

لقد قام عدد من الباحثين باستخراج رسوم تيارات المخ لمن تم تشخيصهم بالسيكوباثيين والنتائج هنا متضاربة أيضا ، فقد وجد سيمونز وديتام (١٩٤٦) أن الشخصيات السيكوباثية من ذوى المعايير الخلقية المنحطة والتى تؤدى بهم إلى المشاكل تتميز بسجلات فيها الايقاع البطىء من موجات الفا غير أن هناك عدداً من السيكوباثيين فى نفس الدراسة لم تظهر فى سجلاتهم هذه الخاصية .

ووجد جوتليب وآخرون (١٩٤٦) أن ٥٨ ٪ فى عينتهم من السيكوباثيين لهم سجلات لتيارات المخ شاذة وهذه النسبة أعلى مما يوجد عادة بين الأسوياء ، غير أنهم لاحظوا أن نسبة السجلات الشاذة ترتفع بين الأفراد ممن لهم أمهات يتصفن بعدم التوافق أو الادمان على الخمر موحين بذلك بوجود إما عامل وراثى أو عوامل بيئة فى حياة الطفل المبكرة .

لقد استعرض النجسون (١٩٥٤) البحوث التى استخدمت فيها رسوم تيارات المخ للكشف عن السيكوباثية . وتبين البحوث التى استعرضها أن الرسوم الشاذة ظهرت بانتظام بين السيكوباثيين بنسبة تتراوح مابين ٤٧ ٪ ، ٥٨ ٪ من الحالات ، غير أنه يبين أن هذه النتائج لاتميز بين السيكوباثيين وغيرهم من المرضى باضطرابات عقلية أخرى إذ ترتفع نسبة رسوم التيارات الشاذة للمخ بين المرضى بأمراض عقلية أخرى . ويختتم بحثه بقوله بأن رسوم تيارات المخ لاقيمة لهـــا فى التشخيص المتمايز وللامراض العقليــة اللهم إلا فى الحالات القليلة التى يكون الأســاس فيها عضويا .

والخلاصة أنه وإن كان رسم تيار المخ يبين رسوما شاذة لنسبة من السيكوباثيين غير أن نسبة أخرى منهم لا يظهر عندهم ذلك، كما أن عدداً من الأسوياء تظهر لهم رسوم شاذة، ولما كانت الرسوم الشاذة تتوافر فى كثير من الاضطرابات العقلية كان من الصعب اتخاذ هذه الرسوم أساسا للتمييز بين السيكوباثيين وغيرهم من المرضى أو الأسوياء. وعلى فرض وجود الرسم الشاذ وتمييزه فإنه لا يبين لنا السبب فى هذا الشذوذ.

٣ — الفرض النفسى :

يقوم الفرض النفسى على أساس أن بذور الشخصية السيكوباثية توجد فى عملية التنشئة الاجتماعية وعلاقة الطفل بأمه خاصة فى باكورة الحياة. ويعطى الاهتمام فى عملية التنشئة الاجتماعية إلى عملية الرضاعة على أساس أن الأم لا تشبع بالرضاعة حاجات الطفل الجسمانية فقط، ولكنها تعطيه الحب والدفء فى إحتضانها له أثناء عمليات الرضاعة لذلك يصر علماء النفس على الأم التى تضطر إلى إرضاع طفلها بالزجاجة أن تضمه إلى صدرها كما فى حالة الرضاعة الطبيعية، على ألا تتغير الأيدى، التى تقوم بهذه العملية لايجاد الثبات والاستقرار فى هذه العملية وأن يكون فى عملية الرضاعة إشباع دون عجلة، وعلاقة الطفل الاولى بأمه إذا ما كان فيها إشباع ستكون هى النموذج الذى يحتذى فى تكوين علاقات مع الغير.

والعامل الثانى الذى يعطيه علماء النفس أهمية فى تكوين الشخصية السيكوباثية هو عملية التقمص التى سبق لنا شرحها فى العمليات العقلية اللاشعورية والتى تساعد الطفل على أن يمتص معايير الآباء ويحكمها فى نفسه لتكوين الانا الأعلى.

وهناك نظرية لبولبي عن الحرمان الأموى وأثره فى تكوين الشخصية الجـــانحة وتدل نتائج دراسته على أن الحرمان الاموى يؤدى إلى إضطراب الشخصية وذلك لما يأتى :

١ - عدم وجود الفرصة لتكوين تعلق فيه إشباع بالام أو بصورتها خلال السنوات الاولى.

٢ - الحرمان لمدة فترة تتراوح ما بين ثلاثة أو ستة أشهر خلال السنوات الاولى من العمر بابتعاد الام فجأة عن الطفل لسبب من الاسباب.

٣ - تغير صورة الام وبديلاتها باستمرار خلال السنوات الاولى من العمر

وفى رأى بولبي أن أى عامل من العوامل السابقة «قـــد يؤدى إلى تكوين. الشخصية السيكوباثية الخالية من الوجدان » .

ويضع ماكورد وماكورد (١٩٥٦) نتيجة لاستعراضهم البحوث فى الميدان تحفظا على الحرمـان الامـوى كسبب من أسباب السيكوباثية ، إذ يريان أن هـذا الحرمان يجب أن يكون عنيفا ليهيء للسيكوباثية ، وليس كل حرمان من الضرورى أن يؤدى إلى ذلك ، ويريان أنه من المحتمل أن الحرمان إذا صادف طفل له تكوين عصبي خاص قد يؤدى إلى السيكوباثية ، أما إذا كان هذا التكوين العصبي الخاص غير موجود فقد لا يؤدى الحرمان أو النبذ إلى ذلك . ويعلق رابين على ذلك بأن رأى ماكورد وماكورد يحتاج إلى دراسة لاثباته ، كما أنه يرى أن من الصعوبة تحديد ماهية الحرمان الذى يعتبر قاسيا والحرمان المخفف .

علاج السيكوباثى :

لقد فشل السجن، وفشلت الرقابة الاجتماعية ، وفشل الايداع فى مستشفيات، بل وفشل التحليل النفسى فى والعلاج علاج السيكوباثى . هذا لا يمنع من العثور على

بجرد متأثرات يصادفها القارىء عن نجاح البعض بطريقة أو بأخرى فى علاج بعض الحالات فيذكر ليندنر (١٩٤٤) فى كتابه «ثائر بدون سبب» عن حالة سجين تمكن معه تحت تأثير التنويم المغناطيسى من أن يستخرج من طفولته مادة يمكن أن يفسر بها نزعاته الاجرامية وثورته ضد المجتمع، ويلخصها فى الكراهية للاب، والرغبات الجنسية نحو الام ، وهذه الديناميكيات التحليلية تميز المرضى بالعصاب ، لذلك يتشكك الكتاب فى حالة ليندنر ويرون أنها أقرب إلى العصابية لا إلى السيكوباثية .

ولعل أصعب عقبه فى سبيل علاج السيكوباثى هى عدم تعاونه مع المعالج . ويرى كلكلى ١٩٥٥ أنه يجب إعتبار السيكوباثى كالذهانى من ناحيه عجزه عن تدبير أمور نفسه ويجب إيداعه فى مستشفيات خاصه أو عنابر خاصه فى المستشفيات العلاجيه أطول مدة ممكنه لعلاجه .

ويقال أنه إذا هيئت بيئة علاجيه فى مؤسسة تكتل كل الجهود فيها للعلاج الجماعى فقد ينجح هذا فى العلاج .

الفصل التاسع عشر

انحراف الاحداث

من هو الحدث المنحرف :

يكتشف المدقق فى البحوث التى تتناول مشكلة الأحداث المنحرفين عـدة اتجاهات جديدة فى النظر إلى هذه المشكلة عبرت ميرل Merrill عنها باقتباس من تاولى قدمت به الفصل الأول فى كتابها وهذا الاقتباس هو :

« كنا نقول البارحة أن هذا لص ، ونحن نعرف ماذا نفعل باللصوص : أما اليوم فنقول ، هذا إنسان يسرق ونحن نحاول أن نعرف لماذا يسرق » .

ويميل علماء النفس إلى النظر إلى انحراف الأحداث على أنه سلوك يعتبر عرضا يدل على عدم التكيف ، وأنه سلوك وظيفى ، بمعنى أنه يشبع حاجات المنحرف . غير أن المؤتمر الثانى للوقاية من الجريمة الذى عقدته الأمم المتحدة فى لندن ١٩٦٠ يعترض على هذا التعريف . إذ جاء فى التقرير أنه فى كثير من الدول يتسع معنى إنحراف الأحداث ليشمل عمليا كل مظاهر سلوك الأحداث . لهذا نجد أن عدم الطاعة ، والعناد ، والمروق ، وعدم إحترام الكبار ، والتدخين دون إذن ، وجمع أعقاب السجاير ، والتسكع فى الطرقات وماشابه تدخل ضمن إنحراف الأحداث. وغالبا ـ وهذا أمر غير مرغوب فيه ـ يضم هؤلاء الخارقون القانون مع المنحرفين الحقيقيين فى صعيد واحد ، وليس ذلك لمجرد عدم وجود الخدمات والمؤسسات لهم ، ولكن أيضا لأنهم يعتبرون « غير متوافقين » كالمنحرفين وذلك طبقا لبعض

السياسات والممارسات السائدة ، ومن ثم يوضعون فى مؤسسات واحدة . ويقول التقرير أن عدم التكيف أو عدم التوافق والانحراف مصطلحان لايعنيان شيئا واحداً ، لهذا يجب إعتبار الأحداث المنحرفين فئة تمثل من الناحيـــة الاجتماعية مشكلة منفصلة تختلف عن مشاكل الصغار الذين يحتاجون مساعدة للوقاية بتقديم الخدمات الاجتماعية أو الصحية أو العقلية لهم . فأفـــراد الفئتين من الأحداث يحتاجون للمساعدة والعلاج لأنهم يحتاجون للمساعدة فعلا . ويقترح التقرير أن يقتصر مصطلح إنحراف الأحداث على أولئك الصغـار الذين يرتكبون جرائم جنائية . لهذا يجب ألا تشمل التعاريف القانونية الأفعال التى وإن كانت غير مرغوبة إلا أنها ليست جنائية . وانتهى المؤتمـــر إلى أن المقصود بانحراف الاحداث القيام بفعل إذا ما اقترفه شخص بالغ يعتبر جريمة (ص ٥١ - ٥٢). ويبدو أن المؤتمر يميل إلى إتخاذ التعريف القانونى أساسا للانحراف وهو لايطابق التعريف النفسى.

ويفرق القـانون عندنا فى مصر فعلا بين الحدث المنحرف والحدث المشرد ، إذ يعرف الاحداث المنحرفون طبقا للقانون رقم ١٢٤ لسنة ١٩٤٩ بأنهم الذين يرتكبون جريمة من الجرائم الواردة فى قانون العقوبات ، وقد قسم القـانون مراحل العمر إلى أربع مراحل مختلفة ، تبدأ المرحلة الاولى من الميلاد إلى سن سبع سنوات . فى هذه المرحلة لايعد الحدث فيها مسئولا جنائيا ولاتقام عليه الدعوى العمومية . أما المرحلة الثانية فتبدأ من سبع سنوات إلى ١٢ سنة كاملة ، وفى هذه الحالة لايحكم على الصغير بأية عقوبة من العقوبات الواردة فى قـانون العقوبات ، ولكن يأمر القاضى إذا ارتكب الصغير جريمة إما بتسليمه لوالديه او لمن له حق الولاية على نفسه أو بارساله إلى مدرسة إصلاحية أو محل آخر معين من قبل المحكمة . أما المرحلة الثالثة وهى تبدأ من ١٢ سنة إلى ١٥ سنة ميلادية

كاملة وفيها يجوز الحكم على الصغير ببعض العقوبات الاصلية مثل السجن أو الحبس مع الزام القاضى بتخفيض العقوبة ، أو أن يحكم عليه بتدبير التدابير التقويمية المقررة للاحداث وهى التسليم للوالدين أو الإيداع فى مؤسسة إصلاحيه .

أما الشخص الذى تزيد عمره عن ١٥ سنة كاملة وتقل عن ١٧ فهو يخضع لجميع أحكام قانون العقوبات ، ولكن فقط لايحكم عليه بالإعدام أو بالاشغال الشاقة المؤبدة أو المؤقته .

ولذلك يرى البعض أن الحدث ـ وفقا لاحكام قانون العقوبات هو من تقل عمره عن ١٢ سنة لانه فى هذه الحالة لايجوز الحكم عليه إلا بتدبير تقويمى .

بينما يرى آخرون أنه الشخص الذى يقل عمره عن ١٥ سنة ، وأنه يجوز للقاضى الحكم على من تزيد عمره عن ١٢ سنة وتقل عن ١٥ بتدبير تقويمى بدلا من العقوبات العادية .

والرأى عندنا أن المجرم الحدث هو من تزيد عمره عن ٧ سنوات وتقل عن ١٢ سنة كاملة لان من يتعدى هذه السن يجوز الحكم عليه بعقوبة عادية ، الامر الذى يفهم منه أن المشرع جعل هذه السن حداً فاصلا بين المسئولية الجنائية وعدمها .

ويعرف القانون الحدث المشرد بأنه الحدث سواء كان ذكراً أو أنثى والذى لم يبلغ سنه ثمانى عشرة سنة ميلادية كاملة إذا وجد فى حالة أو أكثر من الحالات الآتية

أ ـ إذا وجد متسولا ، ويعتبر من أعمال التسول عرض سلع تافهة أو القيام بألعاب بهلوانية .

ب ـ إذا مارس جمع أعقاب السجاير أو غيرها من الفضلات أو المهملات.

جـ - إذا قام بأعمال تتصل بالدعارة أو الفسق أو فساد الاخلاق أو القمار أو خدمة من يقومون بهذه الأعمال.

د - إذا خالط المشردين أو المشتبه فيهم أو الذين اشتهر عنهم سوء السيرة .

هـ - إذا كان سيء السلوك ومارقا من سلطة أبيه أو وليه أو وصيه أو أمه إذا كان الولى متوفى أو غائبا أو عديم الأهلية .

و - إذا لم يكن له محل إقامة مستقر أو كان يبيت عادة فى الطرقات .

ز - إذا لم يكن له وسيلة مشروعة للتعيش ولا عائل مؤتمن وكان أبواه متوفيين أو مسجونين أو غائبين.

ويلاحظ أنه لايوجد حد أدنى للسن التى يبدأ معها إتخاذ التدابير المقررة إزاء التشرد لأن المقام هنا ليس مقام عقاب بل هو العمل على الاخذ بيد الحدث المشرد. ولذلك فان الحدث المشرد يبدأ من الميلاد حتى بلوغ ١٨ سنة كاملة بخلاف الحدث المنحرف الذى يبدأ اتخاذ الاجراءات معه بعد بلوغه سبع سنوات » * .

غير أننا وللأسف نجمع الصنفين فى مؤسسات واحدة . ويعتقد كثير من العاملين فى هذه المؤسسات أنه لايوجد فرق بين الاثنين من ناحية الانحراف . ففى رأيهم أنه وإن كان لم يقبض على المشرد فى جريمة من جرائم الاحداث إلا أن المدقق فى تاريخ حياته يجد سجلا حافلا من الانحراف الذى لايفرقه عن المنحرفين . ولاتوجد دراسة فى مصر لتقارن بين مجموعتين من المنحرفين والمشردين فى تاريخ الحياة لتبين مدى صحة هذا الرأى .

---

* أمد الدكتور أحمد الالفى الخبير بالمركز المؤلف بهذا التعريف .

لقد قامت وحدة البحوث النفسية والتربوية * بالمركز بمقارنة مجموعة من المنحرفين ومجموعة من المشردين ومجموعة من الأسوياء على إختبار اليد . وهـذا الاختبار يتكون من تسع صور لليد فى أوضاع مختلفة ـ وبطاقة بيضاء يطلب من المفحوص أن يذكر ماذا يعتقد أن صاحب هذه اليد يفعل . وتصنف الاستجابات إلى استجابات عدوانية وتشمل استجابات العدوان والتسيير، واستجابات تعاونية ويدخل فيها استجابات تشير الى الخوف . والتودد ، والاتصال ، والتواكل . تجمع درجات الاستجابات العدوانية ويطرح منها درجات الاستجابات التعاونية فيدل الفرق على إستعداد الفرد للتنفيس عن العدوان بالتنفيذ. طبق هذا الاختبار فى أمريكا ، على المنحرفين والاسوياء وعلى فئات أخرى تتصف بالعدوان فوجد أن هذا الاختبار يبين فعلا مدى إستعداد من لديه العدوان للتعبير عنه بالتنفيذ .

طبق هذا الاختبار على العينات الثلاث المصرية لبيان ما إذا كان المشردون يماثلون المنحرفين فى نزعاتهم العدوانية . وكنا قد افترضنا أنهم يختلفون عنهم وأنهم يقتربون من السويين ولم تبين الدراسة صحة هذا الفرض إذ وجد أن المشردين لا يفترقون عن المنحرفـين فى نزعاتهم الاعتدائية . فهل هذا يعود إلى ما يقوله العاملون معهم من ناحية السجل الاجرامى ، أم أنها الحياة مع المنحرفين فى مؤسسة واحـدة ؟ أو أن التشرد يعـزى لأسباب تخلق النزعات العدوانية التى يعبر عنها بالتشرد لا الجريمة . فمع تشابه المنحرفين والمشردين فى النزعات العـدوانية فمن الجائز أن هذه النزعات تعبر عن نفسها عند البعض بالجريمة بينما تعبر عن نفسها عند البعض الآخر بالتشرد .

---

* سعد جلال ، محمود عبد القادر ، محمد رشاد كفافى . استجابات الاحداث المنحرفين والمشردين والاسوياء على اختبار اليد - المجلة الاجتماعية القومية - المجلد الثالث العدد الثانى مايو ١٩٦٦ .

على أى حال لاتطبق على الاحداث فى أى دولة من الدول المتحضرة نفس القوانين التى تطبق على المجرمين ، إلا أن هذه الدول تختلف فيما بينها فى تحديد السن التى تفرق بين الحدث والكبار . إذ تحدد هذه السن فى بعض الدول بالثانية عشرة أو الخامسة عشرة أو الثامنة عشره . إلا أن الاتجاه يميل إلى اعتبار الواحدة والعشرين حداً أقصى لمن يمكن أن ينطبق عليه قانون الاحداث .

اسباب انحراف الاحداث : *

مهما اختلفت النظريات التى تفسر سلوك الجانحين فإن العلماء يتفقـــون على بعض العوامـل التى تتصل بطريق مباشر أو غير مباشر بأسباب الانحـراف نلخصها فيما يلى.

١ - إن نسبة كبيرة من الاحداث المنحرفين تعانى من إضطراب الشخصية والتوتر النفسى ، والصراع ، والعادات السيئة .

٢ - إن نسبة كبيرة من المجرمين البالغين كانوا يعانون من إضطرابات نفسية وكانوا فى حداثتهم من المنحرفين .

٣ - ليس الضعف العقلى عاملا فعالا فى انحراف الاحداث .

٤ - إن نسبة كبيرة من الاحداث المنحرفين تأتى من بيوت هدمتها الخلافات الزوجية ، أو الموت ، أو عدم صلاحية الوالدين.

٥ - تتسم معاملة الآباء للاحداث المنحرفين بالقسوة والتذبذب والاهمال .

٦ - يتحول أبناء الآباء السلبيين الى الجريمة لتأكيد ذكورتهم.

---

* لدراسة تفصيلية للنظريات الاجتماعية والنفسية التى تفسر الجريمة والانحراف أنظر أسس علم النفس الجنائى للمؤلف. دار المعارف سنه ١٩٦٧.

٧ - إن نسبة كبيرة من الأحداث المنحرفين لم تستطع الإستمرار فى التعليم وتركت المدارس فى سن مبكرة.

٨ - إن نسبة كبيرة منهم تأتى من بيئات ومن أحياء ينتشر فيها الفقر والدعارة وتجارة المخدرات والاجرام ومظاهر الانحلال المختلفة.

وإذا كنا قد استعرضنا فى الفصل السابق النظريات المختلفة التى تفسر السلوك المنحرف عموما فإننا سنعرض فيما يلى بعض العوامل النفسية التى تتصل بجناح الاحداث ولم يرد ذكرها فى الفصل السابق.

١ — الذكاء وانحراف الاحداث:

لقد كانت هناك محاولات عديدة مستمرة لتحديد علاقة إنحراف الأحداث بالذكاء. وقد سبق لنا أن ذكرنا أن جودارد فى دراسته لعائلة الكاليكاك كان يعزو الانحراف إلى الضعف العقلى الوراثى.

لقد بينت بعض الدراسات أن المنحرفين يفترقون فى متوسط ذكائهم عن العاديين فرقا واضحا، الا أن هذه الدراسات قد طعنت فى أن اختبارات الذكاء التى استعملت فيها لم تكن بالدقة التى عليها اختبارات الذكاء الآن، كما طعنت فى أن عينات الاطفال التى أجريت عليها الدراسة لم تتحقق فيها الشروط الاحصائية اللازمة، اذ لم تكن تمثل المنحرفين تمثيلا دقيقا، وتبين الدراسات من هذا النوع مثل دراسة ميرل التى قارنت ذكاء ٥٠٠ حدث منحرف بمتوسط ذكاء ٢٩٠٤ طفلا يمثلون عينة عشوائية، فكان متوسط ذكاء المنحرفين ٩٢,٥، وكان متوسط ذكاء المجموعة العشوائية ١٠١,٨. تبين هذه الدراسات أن المنحرفين يقلون فعلا فى مستوى ذكائهم فى المتوسط عن العاديين، الا أن متوسط ذكائهم لا يتعدى أو ينقص عن مستوى الذكاء العادى المصطلح عليه

وهو ما بين ٩٠ ، ١١٠ ، وقد استخدمت ميرل اختبار ستانفورد بينيه فى قياس الذكاء فى دراستها ، ومن المعروف أن هذا الاختبار يتأثر الى حد كبير بالقدرة اللغوية.

وفى دراسة جلوك وجلوك تم استخدام اختبار وكسلر بلفيو لقياس الذكاء، وهو يتكون من جزئين أحدهما لغوى والآخر أدائى . قورن متوسط ذكاء ٥٠٠ حدث منحرف بمتوسط ذكاء عدد مماثل من غير المنحرفين ، فكان متوسط ذكاء المنحرفين أقل من متوسط ذكاء غير المنحرفين فى الجزء اللغوى من الاختبار بينما تشابه الفريقان فى الجزء الأدائى. وكانت أهم الاختبارات اللغوية التى ميزت بين الفريقين فى الجزء اللغوى اختبار المفردات ، والمعلومات ، والفهم . فقد برز فيها غير المنحرفين بينما تشابهت المجموعتان فى اختبار التشابه ، والتعليل الحسابى والقدرة على تذكر الأرقام . إلا أنه يجب أن نلاحظ أن الاختبار اللغوى يتأثر بالتحصيل المدرسى ، وفى هذه الدراسة بالذات كان المحصول المدرسى للمنحرفين أقل بكثير من محصول غير المنحرفين . وعلى الرغم من تشابه الفئتين فى الاختبار الأدائى وجد أن المنحرفين كانوا أقل قدرة من الآخرين على اختبار الترميز مع أنهم تفوقوا قليلا فى اختبار تصميم الأشكال بالمكعبات ،واختبار جمع الأشكال، وتشابه الفريقان فى أدائهما لإختبار اكمال الصور واختبار ترتيب الصور .

ويبدو أن الاختلاف بين الفريقين فى اختبار كاختبار الترميز الذى كان أداء المنحرفين فيه أقل من العاديين يعزى إلى أن الاختبار يتطلب القدرة على تركيز الانتباه والمثابرة على بذل الجهد . وهذه هى الصفات التى يفتقر اليها المنحرفون . أما تفوقهم على اختبارى تصميم الأشكال بالمكعبات وجمع الأشكال فقد يدل على تفوقهم فى القدرة الحركية . كما تدل هذه النتائج كلها على تفوق الجانحين فى

القدرات العقلية التي تتطلب الاتصال الحسي المباشر بالأشياء وعدم الاعتماد على الرموز العرفية كاللغة والتفكير المجرد الذي يتفوق فيه العاديون .

وفى دراسة ما كورد وما كورد فى إعادة تقويم دراسة كمبردج - سومرفيل وجد أن الذكاء لا يمت بصـــلة إلى أسباب الانحراف على الرغم من أن بعض ذوى الذكاء المرتفع قد سمح لهم ذكاؤهم بعدم الوقوع فى أيدى البوليس ، غير أنهما وجدا أن أولئك الذين كانوا يقترفون جرائم ضد الممتلكات كانوا غالباً من ذوى الذكاء المتوسط .

ومن الاعتراضات على نتائج البحوث التى قورن فيها ذكاء الجانحين بالعاديين أننا عادة لانقع إلا على الجانحين من ذوى العقلية المحدودة ، لأن الأذكياء منهم يساعدهم ذكاؤهم كما بينت دراسة ما كورد وما كورد على الافلات من قبضة العدالة ، كما أن أى مجموعة من الجانحين يتوزعون عادة حسب ذكائهم فى منحنى اعتدالى جرسى لا يفترق فى شكله عن توزيع العاديين ، أى أنه يوجـــد بينهم الأذكياء والمتوسطون والأغبياء .

وقد كانت هناك محاولات عدة لربط مستويات الذكاء بأنواع الجرائم . وقد حاولت ميرل تبويب ٥٠٠ جريمة تبعاً لمستوى ذكاء مرتكبيها لتحقق ما إذا كان المزورن أذكى من غيرهم من الجانحين ، ومرتكبوا الجرائم الجنسية أقل ذكاء ممن عداهم ولكن لم تدل النتائج التى توصلت إليها عن وجود أى علاقة بين نوع الجريمة ومستوى الذكاء . وفى نتائج الدراسات الأخرى حول هذا الموضوع كثير من التناقض ، كما أنها ليست حاسمة .

التحصيل الدرسى والانحراف :

تدل معظم الدراسات وخاصة ما قام به آش ، وجلوك وجلوك وغيرهم على

أن المنحرفين متأخرون فى مستوى تحصيلهم عن العاديين ، كما أنه إذا طبقت عليهم إختبارات التحصيل المقننة دلت نتائجها على أن الجانحين قـــد وضعوا فى فرق دراسية أعلى من مستوى تحصيلهم لانتقالهم آليا من فرقة إلى أخرى .

ويصعب علينا فى مصر أن نحدد المستوى التحصيلى المدرسى للجانحين لأن غالبية من وقع فى أيدى العدالة من الجانحين ليسوا من أبناء المدارس ، ولا يخفى علينا أن الجانحين من هؤلاء إما أن يتستر عليهم ذووهم من ذوى المراكز خشية العار ، وإما أن يعاملهم البوليس معاملة خاصة على أنهم من الطبقة المتعلمة .

الأمراض النفسية والعقليه وانحراف الأحداث :

يميل بعض علماء النفس وأطباء الأمراض العقلية إلى تقسيم المنحرفين إلى فئتين ، فئة تضم المنحرفين ممن يعزى انحرافهم إلى أمراض نفسية وأمراض عقلية ، وفئة أخرى ليست مريضة بأى من هده الأمراض ويعزى انحرافها فى رأيهم إلى الأسباب الاجتماعية . نسوق على سبيل المثال دراسة تيرانس موريس فى انجلترا وهى وإن كانت أصلا قائمة على دراسة مناطق الانحراف ، نجد أنه يذكر تعليقا على نتائج دراسته أنه يوجد فى كل فئة مهنية من الفئات التى قام بدراستها نواة « للانحراف السيكاياترى » الذى يعزى إلى إضطرابات إنفعالية فى الأسرة ، أو مرض عقلى يعزى إليه إنحراف ما يقرب من ١٠٪ الحالات أو ربعها . أما البقيـة الباقية فمن الممكن أن يعزى جناحها إلى العوامل الثقافية ويمكن أن نسمى ذلك « الجناح الاجتماعى » .

وفى سنة ١٩٤٨ قام هاثاواى وموناكيزى بتطبيق إختبار مينسوتا المتعدد الأوجه ويكفى أن نذكر هنـا أنه أداة اكلينيكية لتشخيص الأمراض النفسية والعقلية ـ بتطبيق الاختبـار على تلاميذ السنة التاسعة فى ست

عشرة مدرسة فى مدينة كبيرة فى ولاية مينسوتا وفى مدرسة واحـــدة فى مدينة صغيرة (تعادل السنة التاسعة السنة الثالثة الاعدادية فى التعليم المصرى) . وبعد سنتين من التطبيق أى فى سنة ١٩٥٠ قاما بفحص سجلات محاكم الأحداث وأقسام البوليس فى المدينتين للتعرف على من انحرف من التلاميذ الذين طبقـا عليهم الاختبار . لقد كان عدد التلاميذ المسجلين فى السنة التاسعة ٤٥٧٢ طبق الاختبار على نسبة ٩٨٪ منهم. وأجرى التحليل لعدد ٤٠٨٤ سجلا من سجلات الاختبار منها ١٩٩٧ سجلا للبنين و ٢٠٥١ للبنات . وكان السن الأوسط للتلاميذ ١٧ سنة حين بدىء بتتبع الحالات المنحرفة . واليك أهم نتائج هذه الدراسة :

١ - تبين أن نسبة ٢٢٪ من الأولاد قد انحرفت فى مقابل ٨٪ من البنات إذ كان لهؤلاء سجلات إما فى البوليس أو فى محاكم الأحداث .

٢ - بينت النتائج دون أدنى شك أن أنماط الأعراض التى توجد عاده لدى البالغين المرضى بأمراض عقلية أو نفسية تسود بين المنحرفين .

٣ - وجد أن بعض أنماط تكيف الشخصية لدى البالغين يقل تكرارها بين الأحداث المنحرفين ، وهذا يتفق مع التسليم بأن الاختبار يقيس درجة عدم تكيف الكبار .

٤ - وجد أن هناك من بين المنحرفين نسبة كبيرة لايبين الاختبار أن لديهم أى أنماط سلوكية تماثل بينهم وبين المرضى بأمراض عقلية أو نفسية .

وانتهى الباحثان إلى أن الاختبار يكشف عن فئتين من المنحرفين فئة منها يعزى انحرافها إلى أمراض نفسية أو عقلية تشبه تلك التى يعانى منها الكبار ، وفئة يبدو أنها خالية من هذه الأمراض وقد يعزى انحرافها إلى أسباب اجتماعية.

قام مؤلف هذا الكتاب فى رسالة للحصول على الدكتوراه بتطبيق هذا

الاختبار على مجموعة من المنحرفين ثم قسم المجموعة إلى فئتين طبقا لنتائج ومعايير هاثاواى وموناكيزى . فئة افترض فيها المرض وفئة أخرى مريضة لبيان مدى صحة نتائج هذا الاختبار ، والكشف عما إذا كانت العوامل البيئية الاجتماعية هى السبب فى انحراف الفئة الثانية دون الفئة الأولى .

قورن أفراد المجموعتين فى الذكاء، والتحصيل المدرسى ، والمستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة ، وترابط الأسرة وتهدمه ، ومعاملة الآباء ، والفحص الطبى النفسى . فلم تبين الدراسة أى فروق ذات دلالة بين الفئتين .

وكان هاثاواى وموناكيزى قد اختارا مجموعة سوية عددها ٢٠٠ فردا لاستخراج بياناتهم عن الأسوياء ، فورنت المجموعتان المنحرفتان مع هذه المجموعة وكان الفرض المراد تحقيقه هو اختلاف المنحرفين الذين افترض مرضهم عن الاسوياء وعدم اختلاف المنحرفين فى الفئة الثانية عنهم . لقد ثبتت صحة هذا الفرض فيما يختص بالمجموعة الأولى ، ولم يثبت فيما يختص بالمجموعة الثانية إذ كانت درجاتها أعلى من درجات الأسوياء فيما عدا مقياس الذكورة والأنوثة الذى تساوت فيه درجات هذه المجموعة مع درجات الاسوياء . وإذا كانت هذه الدراسة لم تبين أى فروق لها دلالتها بين الفئتين فى العوامل الاجتماعية ، فقد أثبتت أنه إذا صح أن احداهما مريضة بالامراض العقلية والثانية خالية من هذه الامراض فان الفئتين تتساويان فى عدم التكيف . كما أنه من الصعب أن نعزو انحراف الجانحين إلى العوامل الاجتماعية وأن نعزو انحراف فئة أخرى إلى المرض العقلى لأننا نعرف أن العوامل التى تؤدى إلى كثير من الامراض العقلية والنفسية هى نفسها العوامل التى تؤدى إلى انحراف بعض الافراد . وقد يكون هذا هو السبب فى عدم وجود فروق لها دلالتها بين الفئتين فى العوامل الاجتماعية

ومما يؤكد النتائج التي توصلنا إليه بحث قامت به جاندرى على إحدى وعشرين فتاة حولن من إحدى مؤسسات المنحرفات إلى مستشفى من مستشفيات الأمراض العقلية. فوجدت إنه وإن كان من الصعب تقرير ماإذا كن مريضات بمرض عقلى أو نفسى فهن منحرفات فى السلوك، وكان التشخيص لحالاتهن هو أنه بالرغم من أن الفتيات قد يكن خاليات من الأمراض العقلية إلا أنهن يحتجن إلى العلاج النفسى حتى يتمكن من العودة إلى المجتمع ثانية .

لقد سبق لنا أن ذكرنا فى عرضنا للأمراض العقلية والجريمة أن إنحراف نسبة ضئيلة من الأحداث قد يعزى إلى الامراض العصابية النفسية . إذ توضع بذور العصاب النفسى طبقا لرأى المدرســـة الفرويدية التحليلية فى الطفولة ، ولا تظهر الاعراض حتى سن المراهقة . كما أن المريض بالعصاب النفسى يعانى من القمـع والكبت ، وهاتان العمليتان تحولان عادة بين المريض وبين التعبير عن دوافعه المضادة للمجتمع، ولولا ذلك لانحرف المريض فعلا فى سلوكه وهناك من الادلة على نزعات الحزن والانقباض والانطوائية وخنوثة الميول - وكلها تدخل ضمن أعراض العصاب النفسى - وتحول دون إرتكاب ما يؤدى إلى الوقوع تحت طائلة القانون ونقد المجتمع . ومع ذلك فهناك من بين الاحداث المنحرفين من يعانى من الامراض العصابية النفسية للأسباب التى سبق أن ذكرناها وذلك للرغبة اللا شعورية فى العقاب والنزعة الاعتدائية وغيرهما من الانفعــــال والأفكار الاستحواذية التى تقوم على دوافع لا شعورية قد تؤدى بالفرد إلى الانحراف والجنـــوح .

أما الامراض العقلية فمعروف أن الجنون الدورى نادراً حدوثه قبل سن الثامنة عشرة . ونفتقر حاليا إلى المعلومات الصحيحة والاحصائيات الدقيقة عن نسبة

الامراض العقلية الاخرى بين الاحداث المنحرفين . ويتردد أطباء الامراض العقلية والاخصائيون النفسيون فى وصم الحدث بمرض من الامراض المعروفة ويفضلون تشخيص الحالة على أنها مجرد نمط السلوك المرضى بدلا من تسميتها بالفصام أو جنون الاضطهاد أو ما شابه ذلك .

ويرى البعض أن كثيراً من الاحداث الجانحين يعانى فعـــلا من مبادىء أعراض جنون الاضطهاد والفصام. وفى رأيى أن ماقد يظنه البعض عرضا لجنون الإضطهاد فى هؤلاء إن هو الاحساسية زائدةلنقد المجتمع لهم . وهؤلاء الاولاد معروفون لدى البوليس الذى يطاردهم فى كل مكان ، كما أنهم معروفون بانحرافهم فى جيرتهم بـل وبين أفراد أسرتهم ، وهم بذلك فى موقف لا يحسدون عليه من حيث الرقابة الموضوعة عليهم . أما فيما يتعلق بأعراض جنـــون الفصام التى تبدو عليهم فقـد يكون الباعث اليها عـدم تفـاعل هؤلاء الاحداث مـع بيئتهم الاجتماعية ، ونظرتهم المهوشـــة إلى شعور الآخرين نحوهم ، تلك النظرة التى تنقصهـا الواقعية والتفكير السليم ، وليس هـذا بغريب على المراهق ، إذ أن المراهق لايستجيب عادة إلى بيئته إستجابة واقعية بل هى غالبا مهوشه بحكم مرحلة النمو التى يمر بها . وقد سبق لنـــا أن تكلمنا عن السيكوباثية وعلاقتها بالإنحراف .

أنماط الأحداث المنحرفين :

يميل بعض العلماء إلى تقسيم الاحـداث المنحرفين إلى أنماط يتميز كل نمط بخصائص تفرق بينه وبين النمط الآخر واليك نوعا من هذا التقسيم .

١ — حدث العصابة :

يسمى جينكنز وهيوبت (١٩٤٦) الحدث من هذا النمط « بالمنحرف المطبع

اجتماعيا . وهو النوع السائد بين الأحداث المنحرفين الذى لايقوم بنشاطة إلا ضمن جماعة من المنحرفين مثله . وهو فى العادة لا يحتمل الوحدة ، وعلى استعداد للقيام بأى عمل من أجل الجماعة التى ينتمى اليها ، إذ أن معايير الجماعة عنده أهم من أى معايير أخرى . لذلك كان هذا النوع من أصعب حالات الانحراف لحاجته الدائمة إلى الجماعة المنحرفة التى يصعب عزله عنها ، وتتخذ المعايير التالية لتحديد هذا النمط :

١ - الصداقة مع أمثاله من المنحرفين ممن لهم احتكاك برجال الأمن .

٢ - يتم نشاطه المنحرف أو الهرب مع الجماعة من أمثاله .

٣ - له صلة بعصابات المنحرفين .

٤ - يقوم بدور ايجابى فى الجماعة المنحرفة .

٥ - يقوم بالسرقة مع الجماعة .

٦ - يتزين بالزى الذى يطبع المنحرفين ويتكلم بالطريقة التى يتكلمون بها .

٧ - يتردد على دور اللهو واحيائها .

٨ - قد يقوم بأى سرقة منفرداً .

مع ملاحظة أن هذه المعايير مستمدة من الثقافة الغربية وقد لاتنطبق على الحدث المنحرف فى ثقافتنا .

٢ - الاعتدائى اللا اجتماعى :

يقابل المنحرف المطبع اجتماعيا الحدث الذى يسميه هيويت و جينكنز بالحدث الاعتدائى اللا اجتماعى ، وتنطبق عليه الاوصاف التى ذكرها ردل وويتمان عن الأحداث الاعتدائيين المتمثلين بالكراهية من ذوى الانا الضعيف .

والمعايير التى تتخذ لتحديد هذا النمط هى :

١ - العزلة عن الأصدقاء

٢ - القيام بنشاطه منفرداً .

٣ - العجز عن الانتماء لأى جماعة .

٤ - لايوجد له أصدقاء حميمون .

٥ - يتميز بالخجل والانسحاب .

٦ - غير محبوب بين أصدقائه .

٧ - لا يتصف بصفات القيادة بينهم .

٨ - قد لا يبدو للناظرين نشيطا .

يضيف واتنبرج (١٩٦١) إلى هذين النمطين ثلاثة أنماط هى المنحرف العرضى، والمنحرف العصابى ، والنمط المختلط .

٣ - المنحرف العرضى :

يرى واتنبرج أن هذا النمط ينحرف ويقبض عليه لارتكابه ما يخالف القانون نتيجة لسوء تقديره للموقف أو لمشاكل اعترضت طريق نموه السوى . أى أن الحدث يكون عادة سويا فى تكوينه النفسى غير أنه لم يقدر خطورة ما قام به ، ولعله قام بما قام به لأنه رأى كل من حوله يقومون بنفس الفعل ، أو لعله قام به لاعتقاده أن هذا عمل يدل على « الجدعنة » . وتكون المخالفة التى يرتكبها مثل هذا المنحرف أحيانا خطيرة من ناحية نتائجها لا من ناحية القصد فيها . ويضرب واتنبرج مثلا على ذلك بمجموعه من الصبيان كانوا يلعبون بالثلج المتساقط بقذف كور منه على العربات التى تسير فى طريق سريع . فانزعج أحد السائقين ففقد سيطرته على السيارة وأدى ذلك إلى

اصطدام أربع سيارات وذهب بعض الركاب إلى المستشفى . لم يتوقع الصبية ذلك فامتلأوا رعبا ، وزاد الطين بلة أنه تم القبض عليهم بالاضافة إلى وقع الحادث السيء على الآباء . إن مثل هؤلاء الأولاد ربما لا يعودون إلى فعلتهم ثانية أو إلى عمل مشابه .

والنوع الثانى من الانحراف المرضى قيام ولد بعمل وإن كان يعتبر مخالفا للقانون إلا أن أمثاله من الصغار يقومون به دون أن يكتشف أمرهم. وأحسن مثل على ذلك السلوك الجنسي للمراهق . إذا أن كثيرا من السلوك الجنسى الذى قد يتعارض مع القانون تتم ممارسته بين فئة الشباب .

ويحاول المراهق الاستقلال عن الأسرة والدخول فى مجتمع الكبار . وقد يضطر فى سعية للاستقلال عن المنزل إلى القيام بأعمال ليثبت بها جرأته وشجاعتة وقد تكون مثل هذه الاعمال مما يعاقب عليها القانون . وإن كانت من الناحية النفسية تعتبر سلوكا عاديا لمثل هذه السن.

٤ — المنحرف العصابى :

يشير واتنبرج إلى أن هناك حالات من الانحراف يكون الانحراف فيها نتيجة لصراع يتم التعبير عنه بسلوك منحرف . والمنحرفون من هذا النمط من أبناء الطبقات الممتازة اجتماعيا ولا يمكن أن يعزى انحرافهم إلى الاسباب الاجتماعية المعروفة لفقر أو الجيرة السيئة .. الخ .

وهنا يمكن أن يقال أن الانحراف انما يعزى لعوامل لا شعورية. ويسوق واتنبرج أمثلة ثلاث على ذلك. المثل الاول حين يقوم ولد حسن السمعة والسلوك بسرقة يقبض عليه فيها فيعترف عما يثير هلع الوالدين، غير أن الولد يحس بالراحة

لاعترافه . فهو يسعى للعقوبة لشعوره بالذنب ، ويجد الباحث المدقق أنه قام بالسرقة مهيئا الظروف للقبض عليه وكأن العقوبة ترفع عن كاهله عبئا ليعود إلى السلوك السوى الذى اشتهر به .

والمثل الثانى للشاب الذى قد يتشكك فى رجولته ومقدرته الجنسية ، فيسعى إلى المغامرات الجنسية ليثبت رجولته ، أو للعراك ليثبت قوته أو ما إلى ذلك .

والمثل الثالث للتعطش إلى الحب ، وحب الكبار للطفل يعنى إغداقهم عليه بالهدايا ، فإذا كان من يهمه حبهم لا يعطونه هذه الهدايا فليكرههم عليها بسرقتها منهم .

ومن الممكن أن نستطرد فى ضرب أمثلة لا تعد ولا تحصى لهذا النوع من الانحراف .

٥ ـ النمط المختلط :

ليس من السهل تصنيف السلوك المنحرف طبقا لأى نمط ، لأن الواقع يبين أن قليلا من الأفراد يمكن تحديد نمطهم بينما الغالبية قد ينطبق عليها أكثر من نمط ، فقد يوجد بين نمط العصابة من يتصف سلوكه بالاعتداء ، وقد يكون فى هذا النمط المنسحب المنزوى الذى يسعد بوصف زملائه له « بالمسطول » لهذا كان التقسيم إلى أنماط تقسيما مصطنعا لا يقصد منه سوى سهولة الدراسة، لان السلوك المنحرف كما سبق ان بينا سلوك معقد تتداخل فيه عدة عوامل وتتفاعل ويصعب عزل هذه العوامل عن بعضها . ففى الطفل الواحد قد تلعب عوامل كالذكاء ، والتكوين الجسمانى ، والآباء ، والمدرسة والاصدقاء والجيرة دورها فى سلوكه مما يحتم دراسة كل حالة على حدة طبقا لظروفها، وقد يساعد على هذا الفهم اشتراك

أكثر من متخصص واحد لفهم سلوكه . إذ قد يشترك فى ذلك البيت ، والطبيب النفسى ، والاخصائى الاجتماعى ومن اليهم فى دراسة حالته لفهم هذا السلوك .

التنبؤ بالانحراف اوالجناح :

تبذل البلاد الراقية الاموال الطائلة للحد من مشكلة الجنوح والوقاية منها وعلاج الاحداث المنحرفين . ومن أهم وسائل الوقاية إكتشاف الاطفال الذين لديهم النزعه إلى الانحراف فى سن مبكرة فمن الثابت أن الحادثة الاولى التى تؤدى إلى القبض على الحدث يسبقها عادة تاريخ طويل من الاضطراب وعدم التكيف . لذا تصرف الاموال على برامج الوقاية التى تعمل على إكتشاف العوامل التى تؤدى إلى الانحراف سواء فى شخصية الطفل أو فى البيئة التى يتفاعل معها على أساس أنه إذا كان من الممكن التنبؤ بالسلوك ومعرفة أن شخصا معينا بالذات عنده نزعات خاصة سيسلك سلوكا بعينه فى موقف معين ، يمكننا بسهولة أن نتحكم فى كل من الموقف والسلوك . وهذا المبدأ هو الذى تقوم عليه معظم الدراسات التى ترمى إلى الوقاية عن طريق إكتشاف الأطفال الذين لديهم الاستعداد للانحراف . والطريقة الاحصائية التى تتبع فى الكشف عن العوامل التى تهيء للانحراف فى هذه الدراسات هى مقارنة الجانحين بغير الجانحين . وليس المقصود هو إيجاد علاقة بين نتائج وأسباب ، وإنما الغرض هو بيان ما إذا كان أحد الفريقين يتميز عن الآخر بعدة عوامل ، مما يؤدى إلى إحتمال الانحراف من عدمه . فالجنوح عرض لا مرض . ويدل هذا العرض على عدم التكيف . وعدم التكيف لا يظهر وليد ساعته ، إنما يسبقه عادة تاريخ طويل من الاضطراب الذى يمهد له . فقد وجد جلوك وجلوك أن بدء الانحراف ظهر حوالى سن السابعة أو دون ذلك فى حوالى ٤٨ ٪ من المنحرفين فى بحثهما ، وفيما بين الثامنة والعاشرة فى حوالى ٣٩ ٪

أى أن حوالى ٩٠٪ من المجموعة كلها ظهرت عليها بوادر الانحراف قبل السن التى يبدأ الأولاد فيها إنتماءهم إلى جماعات منظمة . وقد وجد هيلى وبرونر (١٩٣٦) فى دراستهما تحت إشراف جامعة ييل نتائج مشابهة .

ويتمكن الآباء الذين يهمهم مستقبل أبنائهم فى العادة من إكتشاف الأعراض الأولى للانحراف فيما يعترى الأطفال من ثورات إنفعالية ، وتقلب فى المزاج ، وقضم الأظافر ، والتبول اللا إرادى ، والكذب ، والانزواء ، وما إلى ذلك مما قد يكون بادرة لما هو أخطر من ذلك وأدهى .

أما إذا كان الطفل فى المدرسة فمن الاعراض التى يمكن ملاحظتها الهرب ، وعدم الطاعة ، وتحدى سلطة المدرس وسلطة المدرسة ، والتراشق بالالفاظ النابية والتدخين ، والاندماج فى عصابات للشجار وما إلى ذلك . إذ كلها أعراض تنذر بالانحراف الذى قد يسير الطفل فى طريقه .

وفى إحدى الدراسات (١٩٤٩) التى استخدمت فيها مثل هذه الاعراض طلب من المدرسين التنبؤ بما سينتهى اليه أمر مائة ولد من تلاميذهم فى سن ما بين التاسعة والعاشرة بعد عشر سنين . وقد تشابهت أحكام المدرسين مع أحكام الاخصائيين . إذ صدق المدرسون فى ٧٧٪ من الحالات ، بينما صدق الاخصائيون فى ٧٨٪ فقد وجد أن التلاميذ قد جنحوا فعلا خلال هذه المدة . إلا أنه يجب أن نلاحظ أن عدداً ممن توفرت فيهم شروط الاستعداد للجنوح لم يجنحوا فعلا ، وفى هذا تحذير لنا لكى لا ندمغ الطفل بطابع معين يعزله عن بقية زملائه وكأنه يختلف عنهم . فما الجنوح إلا عرض واحد من الاعراض التى تنتج من الاعراض .

وتتعدد الطرق التى يمكن بها التنبؤ باحتمال الجنوح ، وكل طريقة تعكس فلسفة واضعها ، إلا أن هذه الطرق يتشابه بعضها مع بعض . ولا يسمح المجال بأن نلخص كل الطرق التى تستعمل للتنبؤ به .

معاملة الاحداث المنحرفين

كان التقليد المتبع حتى أواخر القرن الثامن عشر هو وضع الأحداث المنحرفين مع المذنبين الكبار فى سجن واحد . والواقع أن السجون كانت تضم عناصر مختلفة من المجرمين والمرضى بأمراض عقلية وذوى العاهات من مختلف الأعمار بل ومن الجنسين وفى مكان واحد . وفى سنة ١٧٨٨ أخذت جمعية لندن الخيرية فى الاهتمام بالانحراف ، ويعزى اليها الفضـــل فى تأسيس أول ملجأ فى العالم للمنحرفين « الذين يرغبون فى التخلى عن الطرق المعوجة وتعلم طريقة للكسب شريفة » . وفى سنة ١٨١٧ أنشأت الدائرة القضائية فى واروبك أول مؤسسة للأحداث المنحرفين . وفى سنة ١٨٣٨ أصدر البرلمان الانجليزى قانونا بانشاء مؤسسات لرعاية « المنحرفين خلقيا والمشردين من البنين والبنات » ، وانشاء سجن للاحداث على جزيرة وايت . وفى سنة ١٨٥٧ صدر قانون المدارس الصناعية الذى يسمح بالحاق الأطفال المنحرفين فى مدارس صناعية خاصة أو بابقائهم فى منازلهم .

أما فى أمريكا فقد تمكنت جمعية اصلاح الأحداث المنحرفين من انشاء أول مؤسسة للأحداث فى سنة ١٨٢٥ فى نيويورك . ثم أنشئت مؤسسات مثيلة فى بوسطن وفلادلفيا . ثم أخذت الولايات الأخرى فى إنشاء مؤسسات مماثلة للبنين وللبنات . وكانت بعض الدول الأوربية تنشىء مؤسسات بالمثل فى نفس الوقت . وكانت هذه المؤسسات تسمى بالاصلاحيات ومدارس التأهيل ومدارس المنحرفين ، ومدارس التدريب والمؤسسات العلاجية ... الخ .

وقد أدت الثورة ضد تطبيق القوانين الجنائية الخاصة بالكبار على الاحداث وضرورة معاملة الاحداث المنحرفين معاملة خاصة إلى تأسيس أول محكمة

للأحداث فى مدينة شيكاغو سنة ١٨٨٩ ومنذ ذلك الوقت أخذت حركة انشاء محاكم ومؤسسات خاصة للأحداث فى الانتشار فى كثير من بلاد العالم . والمبدأ الذى تقوم عليه هذه الحركة هو حاجة الأحداث المنحرفين إلى الحماية والرعاية والعلاج دون العقاب ، يبرر ذلك الاهمال الذى يتعرض له كثير من الأطفال ، وحاجة الأطفال إلى الاعتماد على الكبار ، وقسوة القوانين الجنائية التى تقوم على العقوبة والانتقام .

ولقد أنشئت أول محكمة للاحداث فى مصر فى عام ١٩٠٥ فى كل من القاهرة والاسكندرية وانشئت نيابة خاصة للأحداث فى عام ١٩٢١ فى هاتين البلدتين ومنذ صدور التشريعات الخاصة بالأحداث الجانحين فى عام ١٨٨٢ تعرضت هذه التشريعات للتطوير والتغيير فى سنة ١٩٠٤ ، ١٩٣٧، ١٩٥٠ وقد استعرض الدكتور سيد عويس[1] فى البحث الذى قدمه فى الحلقة الثانية لمكافحة الجريمة فى يناير ١٩٦٣ تطور التشريعات المصرية الخاصة بالاحداث المنحرفين والمشردين فى معرض حديثة عن نظام الاختبار القضائى . وسنعود إلى هذا البحث ثانية فى حديثنا عن معاملة الاحداث فى مصر .

وإن كانت مؤسسات الأحداث فى بلاد العالم المختلفة قد طورت وأدخلت على برامجها التعديلات والتحسينات إلا أنه يوجد كثير من الانتقادات التى توجه إليها مثل :

---

(١) دكتور سيد عويس: تطبيق نظام الاختبار القضائى على الاحداث فى مصر أعمال الحلقة الثانية لمكافحة الجريمة . القاهرة يناير ١٩٦٣ . من منشورات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية .

١ - يودع الأحداث فى المؤسسات لسلوكهم المنحرف بعد فشل الأسرة والمدرسة وغيرهما من التنظيمات الاجتماعية فى علاج الحدث . ولا يوجد منطق يبرر إمكانية نجاح المؤسسات فيما عجز فيه الغير .

٢- تهيء المؤسسات للحدث فى العادة بيئة أو ثقافة منحرفة . إذ يحشد فيها مئات من الاطفال يختلفون فى شخصياتهم ومستوياتهم الإجتماعية والإقتصادية ، ويكره الاحداث على توطيد علاقاتهم ببعض نتيجة للاتصال المباشر والتفاعل وجها لوجه . وهناك ما يدل على أن كثيراً من الاحداث يخرجون من المؤسسات بعد أن أصبحوا أسوأ مما كانوا عليه عند بدء دخولهم فيها . ويؤكد ذلك إرتفاع نسبة العود فى كثير من المؤسسات .

٣ - لما كان كل طفل يختلف عن الآخر فى تكوين شخصيته وظروفه الإجتماعية والإقتصادية والثقافية والظروف التى أدت إلى الانحراف تنادى الاتجاهات الحديثة بتفريد العلاج والمعاملة . ولما كانت المؤسسات تعانى من الازدحام والافتقار إلى الموارد المادية والبشرية والفنية ، تفتقر المؤسسات بالتالى إلى السبل التى تمكنها من تفريد العلاج . وقد بينت الاحصائيات التى نشرها قسم الصحة والتربية والرعاية فى الولايات المتحدة عن مؤسسات الاحداث المنحرفين فى سنة ١٩٥٨ أن كل أربع مؤسسات من عشرة تعانى من الازدحام . أما فيما يختص بالمؤسسات فى الولايات فالنسبة أعلى . إذ يوجد الازدحام فى خمس من عشر مؤسسات ، وأن المؤسسات التى يقل فيها العدد عن ١٥٠ حدثا هى المؤسسات التى تتميز بأقل نسبة من العود ، وترتفع النسبة كلما زاد عدد الاحداث فى المؤسسة .

٤ - على الرغم من أننا نعرف الكثير عن العوامل السببية توجد صعوبة

فى تصميم البرامج العلاجية فى المؤسسات على أسس من هذه العوامل . فاذا كانت معظم المؤسسات تتفق على أهداف التأهيل غير أن هذه الاهداف تصاغ بشكل مجرد فى شكل شعارات لا تعرف المؤسسات الطرق السليمة لتحقيقها . لهذا نجد البرامج تختلف من مؤسسة لأخرى فى نفس البلد وفى نفس المدينة . إذ تتوقف البرامج على مـــدى ما تراه إدارة المؤسسة صوابا أو صالحا . لذلك نلاحظ الاضطراب والخلط وعدم الاضطراد والتذبذب فى السبل الموصلة لتحقيق من الأهداف . ولعل أحسن مثل على الخلط والاضطراب مما نلاحظه إختلاف الآراء حول تطبيق العقوبات البدنية إذ أن هناك من ينادى بضرورة تطبيق العقوبات البدنية ، وهناك من يمارسها فعلا فى المؤسسات رسميا أو بشكل غير رسمى ويرى المناصرون لمبدأ تطبيق العقوبات البدنية أن لها فائدتها فى إصلاح السلوك المنحرف غير أن الخبرة والبحث العلمى قد بينا عـكس ذلك . فبدراسة هذا الموضوع من جميع جوانبه أشارت اللجنة التنفيذية لجمعية الصحة العقلية الوطنية الانجليزية فى تقريرها الذى رفعته إلى اللجنة الاستشارية (١٩٦٠) بعدم العودة إلى التصريح بالعقوبات البدنية رسميا مـع الأحداث المنحرفين إذ أعتبر التصريح بالعقوبات البدنية نكسة إلى الوراء وذلك فى ضوء البيانات الاحصائية التى تؤكد خطرها كمعوق للبحث والطرق السليمة للاصلاح .

وقد ناقش المؤتمر الثانى للوقاية من الجريمة الذى عقدته الأمم المتحدة فى لندن سنة ١٩٦٠ نفس هـذا المبدأ وأشار بضرورة إستبعاده تماما وفى أى صورة من الصور . وهناك أنواع أخرى من العقوبات التى تمارس والتى تعتبر رجعية ولها أثرها الضار . فى المؤسسات البولنديه للأحـــداث التى زارها المؤلف فى عام ١٩٦٣ والتى تعتبر من أحسن المؤسسات فى العالم لبرامجها التقدمية يوجد فى كل

مؤسسة حجرات الحبس الانفرادى يحكم على معتادى الهروب من المؤسسة أو النزلاء المشكلين بالاقامة فيها لمدة ١٥ يوما حيث لا يزد الحدث إلا بمقعد وسطل لقضاء الحاجة بالنهار ومرتبة ينام عليها بالليل . ولا يعطى للحدث ماء الشرب إلا عند الطلب . ويدعى المسئولون فى هذه المؤسسات أن لهذه العقوبة أثرها الفعال فى الاصلاح . وهناك عقوبة أخرى تمارس مع الفتيات هى حلق الشعر . ولاشك أنها عقوبة قاسية للفتاة إذ تفقد بها أعز ما يرمز إلى أنوثتها .

٥ - يعنى الايداع فى مؤسسة الحرمان من الحرية والحرمان من التفاعل مع المجتمع الخارجى. ويقوم هذا الحرمان على التسليم بأنه يسهل فهم الفرد وتأهيله بعيداً عن البيئة والنطاق الثقافى الذى فشل فى التكيف لها . وقد ثبت خطأ هذا التسليم . فاذا كان الحدث سيعود إلى المجتمع ثانية بعد عزله فلابد أن يتعلم كيف يحل مشكلاته فى نفس هذا المجتمع وليس بمعزل عنه. لذلك نرى أن من الاتجاهات الحديثة فى إنشاء المؤسسات أن تقام فى البيئات المحلية ، وأن تتبع نظام البـاب المفتوح . إذ يسمح ذلك بأن يقوم الأحداث بنشاطهم البناء فى البيئة التى تسمح إمكانياتها بالقيام بهذا النشاط تحت إشراف مباشر. فالهدف تربية الحدث اجتماعيا، وتعليمه كيف يعيش مع الآخرين على أساس من التعاون . لذلك يجب تحطيم الحواجز المقامة بين المؤسسة والبيئة .

لهذا نجد أن الايداع فى المؤسسات ليس هو الطريق المثالى للاصلاح ، وأن المؤسسات لا يتوفر فيها دائما البيئة الصالحة للاصلاح . لهذا يجب إعادة النظر فى البرامج السائدة والسياسة المتبعة .

الاتجاهات الحديثة فى معاملة الأحداث :

تتجه الجهود الحالية فى معاملة الأحداث المنحرفين فى اتجاهات ثلاث هى :

أ ـ الوقاية . ب ـ العلاج دون الايداع فى المؤسسات أى خارج المؤسسات.
جـ ـ الارتفاع بمستوى المؤسسات الموجودة ومراعاة شروط معينة فى إنشاء المؤسسات الحديثة .

ا ـ الوقاية :

يقول لوبيزراى أن الجهود تتجه فى معظم الدول إلى علاج إنحراف الأحداث دون الوقاية ، ويعزى ذلك إلى سببين أحدهما أن برامج العلاج فى معظم الحالات تقوم على التسليم بأنه إذا ما تم إكتشاف السبب يمكن التغلب عليه . وهذا تسليم خاطىء لأنه لا يمكن عزل أسباب الجناح بهذه السهولة. وثانيها التفكير بأنه إذا أمكننا تعميم طرق العلاج أمكننا أن نبنى السياسة الوقائية والبرامج الوقائية على هذه الطرق .

ولما كان لوبيزراى يعتقد أن الجريمة أبدية وأننا مها بذلنا من جهود لن نقضى عليها ولكن يمكننا التخفيف من حدتها ، كما يعتقـــد بأن المعلومات التى لدينا عن الأسباب أصبحت كثيرة ، يجب أن تتجه أكبر الجهود إلى الوقاية وأقلها إلى العلاج خاصة وأن معظم البحوث تفيض بما يمكن أن يقال عن العلاج لا الوقاية .

ويرى أن برامج الوقاية يجب أن تتجه إلى تعديل الاتجاهات النفسية الفردية والجماعية . وإذا كان علينــا أن نواصل البحث فى أسباب الانحراف ، يجب ألا تقوم البرامج الوقائية على معرفتنا للأسباب وحدها لأن هذا لن يكفى ، لأن هناك كثيراً من الأسباب نعجز عن القيام تجاهها بأى عمل . إذ ماذا يفعل الاخصائى الاجتماعى أو القاضى لعلاج النقص فى التربية ، أو الفقر أو الظروف المعيشية السيئة وما إليها. فالأولى أن توجه الجهود إلى الاتجاهات النفسية الفردية والجماعية.

فالاتجاهات يتم إكتسابها بالخبرة وتتكون تدريجيا خلال حياة الفرد ، وتتكون شعوريا أو لا شعوريا أحكامنا عن القيم الاجتماعية ، ويكون العمل عن طريق الأسرة ، والمدرسة ، والعمل ، والتنسيق بين الاتجاهات فى السياسة الاقتصادية والاجتماعية والصناعية .

ونحن وإن كنا نتفق مع لوبزراى فى بعض آرائه ، غير أننا لا نتفق معه على أن يكون الاهتمام بالوقاية على حساب العلاج ، لأننا حتى الآن ورغم معرفتنا لكثير من العوامل التى تؤدى إلى الانحراف لم تتمكن من الارتقـــاء بالبرامج العلاجية إلى المستوى الذى يعطينا أحسن النتائج . كما أن نظرته إلى الاهتمام بتغير الاتجاهات الفردية والجماعية تمثل النظرة القديمة التى كانت سائدة عن العلاج النفسى . إذ كان ينظر إلى العلاج النفسى على أنه محطة للاصلاح على جانب الطريق الوعر للحياة يلجأ اليهـا الفرد لاصلاح العطب الذى يحل به ليعود للطريق الوعر ثانية . ولكن الخبرة والتجربة قد بينت أن فائدة العلاج لا تتم إذا كان على الفرد أن يعود ثانية إلى نفس البيئة المليئة بالمشاكل التى كانت سببا فى مشاكله . ومن هنا وجد أن الضرورة تحتم أنه بالإضافة إلى تغيير الفرد وإتجاهاته بالعلاج أن يتم تغيير فى البيئة التى يعود إليها بالتخفيف من حدة العوامل التى كانت سببا فى إضطرابه . ومن هنا جاء دور الاخصائى الإجتماعى . ويتمكن الاخصائى الإجتماعى بفنه وخبرته أن يعمل الكثير إزاء النقص فى التربيـــة ، والفقر ، والظروف المعيشية السيئة وما إليها التى يرى لوبزراى أنه لن يتمكن من عمل أى شىء إزاءها .

وإذا كان للبرامج الوقائية أن تنجح فلا بد أن تقوم على الجهود الجماعية للمواطنين فى البيئات المحلية . وإذا كنا نحاول الآن فى مصر تنظيم القيادات الشعبية

على النطاق المحلى لتحريك قوى الشعب وامكانياته لخير الأفراد والجماعة ، فهذا يمثل الخطوة الأولى نحو تكوين البرامج الوقائية التى تمد الأسرة بالخدمات اللازمه وتشركها باستغلال فاعليتها لرفع مستواها والتغلب على مشاكلها فى نطاق العمل الجماعى . فالجريمة والانحراف نتائج للحياة فى الجماعة . لذلك يجب أن ينظم الشباب فى جماعات تشبع لهم حاجاتهم . والبرامج الجماعية النابعه عن حاجات الجماعات على المستوى المحلى هى التى سوف تهيء توفير الطمأنينة ، والمركز ، والترويح ، والتربية ، والصحة وغيرها من الخدمات لجميع الأفراد من المهد إلى اللحد ، والقيادات الشعبية الناجحة هى التى تستطيع التنسيق بين الخدمات التى تقدمها الهيئات المختلفة فى البيئة المحلية كالمدارس والاندية والمستشفيات والجمعيات وما اليها للتغلب على كل الظروف المهيئة للانحراف .

ويجب أن تتجة التربية فى المدارس إلى تعليم الشباب النظام ، والقيم الخلقية ، وتحمل المسئولية الاجتماعية . ومن أبسط مبادىء التربية أن الفرد لا يتعلم إلا بالممارسة . وإذا نجحت التنظيمات الطلابية فى المدارس فى جميع مستويات التعليم ، فلن يكون ذلك إلا بممارسة الشباب الفعلية للنشاطات المختلفة فى هذه التنظيمات .

ومن الاتجاهات الناجحة فى الوقاية القدرة على اكتشاف من لديهم الاستعداد للجنوح مبكراً ، فتهيأ لهم الخدمات التى قد تغير من السير فى طريق الانحراف .

ب ـ العلاج دون ايداع فى المؤسسات :

تتنوع الطرق التى يستعاض بها عن الايداع فى المؤسسات . من ذلك الاختبار القضائى ، والايداع فى أسر بديلة ، أو معسكرات التأهيل ، وماإليها . وسنتكلم

هنا عن نظام المراقبة أو الاختبار القضائى . يقول الدكتور سيد عويس فى بحثه الذى سبق أن أشرنا اليه ، « إنه ترجمة للمصطلح الانجليزى Probation إلى اللغة العربية . ولكن يلاحظ أن استخدام هذا المصلح العربى غير شائع فى مصر . والترجمة العربية الشائعة له تستخدم مصطلح «نظام المراقبة الاجتماعية بالمحاكم» الذى يطلق عليه على سبيل الاختصار «نظام المراقبة الاجتماعية». وقد تمت الموافقة على استخدام مصطلح (نظام المراقبة الاجتماعية بالمحاكم) بناء على توصية من حلقة الدراسات الاجتماعية للدول العربية التى عقدت بقصر اليونسكو بمدينة بيروت فى عام ١٩٤٩ ...

ويقضى الاختبار القضائى بوضع المحكوم عليه إذا كان الأمل فى اصلاحه ماثلا ، بدل سجنه ، تحت الاختبار ، لفترة يكون المحكوم عليه فى أثنائها تحت نوع من الاشراف من جانب المحكمة خاضعا لبعض القيود الواردة على حريته بغير سلبها منه كلية وبغير حرمانه من عمله ، وبغير حرمان أسرته منه (١) .

وقد استعرض الدكتور سيد عويس تطور الاختبار القضائى فى مصر بالنسبة للأحداث المنحرفين ونشاط مكتب الخدمة الاجتماعية لمحكمة الأحداث من سنة ١٩٤٠ - ١٩٥٤ ، والاتحاد العام لرعاية الأحداث واسهام هاتين الهيئتين وغيرهما فى تطوير هذا النظام . مقارنا النظام المتبع فى مصر بالنظام الانجليزى الفرنسى والأمريكى .

ويلخص الخدمات التى تقدم للأحداث الموضوعين تحت المراقبة فيما يلى :

---

(٢) دكتور احمد محمد خليفة . اعمال الحلقة الثانية لمكافحة الجريمة للجمهورية العربية المتحدة القاهرة يناير ١٩٦٣ س (٢٠) من مطبوعات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية .

١ - تشغيل العاملين منهم كل فى أنسب المهن له وبالتالى رفع مستواهم المادى .

٢ - العناية الطبية بالحدث وذويه .

٣ - حماية الحدث من (البلطجية) وقرناء السوء ويستعان فى ذلك برجال الأمن .

٤ - معاونة الحدث وذويه على حل مشاكلهم المختلفة واصلاح بيئتهم وحياتهم الاجتماعية .

٥ - نقل الحدث من بيئته إذا تعذر اصلاحها ، كأن يعهد به مثلا إلى بعض الصالحين من ذوى قرباه

٦ - الاشراف على تعليم الحدث وتنظيم أوقات فراغه ، ورسم خطة له فى الحياة يسير عليها وتحديد أهداف سامية يسعى اليها .

والعلاج يجرى فى بيئه الحدث نفسها فى أغلب الأحيان ، ويحاول المراقب الاجتماعى فيما يحاول الاصلاح مايحتاج إلى اصلاح منها . وقد يرى نقل أسرة الحدث من حى إلى آخر ، أو ينصح بالحاق الحدث بأحد الأندية الشعبية أو باحدى المحلات أو باحدى المدارس الليلية .

ج - المؤسسات الحديثة :

يمكننا أن نلخص الاتجاهات الحديثة فى سياسة مؤسسات الايداع فيما يلى :

١ - انشاء المؤسسات الصغيرة فى الأحياء الحضرية لتحل محل المؤسسات الكبيرة التى كانت توضع خارج المدينة على ألا يزيد عدد النزلاء فى المؤسسة عن ١٥٠ حدثا ولايزيد العدد فى مؤسسات كثيرة فى السويد عن ٥٠ فقط .

٢ - اعتبار المؤسسة عنصراً واحداً من العناصر الممهدة للعلاج . إذ

يجب أن تشترك القاعدة فى البيئة المحلية فى العلاج بتيسير التسهيلات والبرامج المساعدة على العلاج . وتتبع المؤسسات سياسة الباب المفتوح حتى تتوطد العلاقة بين المؤسسة والبيئة التى تعمل فيها . وتعنى سياسة الباب المفتوح فتح المؤسسة لأعضاء المجتمع ليطلعوا على نشاطها ويسهموا فى برامجها ويتكون لديهم الاهتمام بما تقوم به المؤسسة من نشاط . ولابد أن يؤدى هذا إلى اجتذاب القادة لمساندة المؤسسة فى رسالتها ، كما تعنى خروج النزلاء إلى البيئة لمزاولة نشاطهم فى العمل وتقضية وقت الفراغ والتفاعل مع المجتمع الخارجى .

٣ - تقديم برامج التدريب المهنى مما يؤدى إلى إكتساب الأحداث المهارات المهنية داخل المؤسسة وخارجها . ويلخص كوهين الفوائد التى تعود على الأحداث من التدريب المهنى خارج المؤسسة فيما يلى :

أ - تجريب الحدث فى أكثر من عمل وفى أكثر من مجال ، فتتنوع الخبرات التى يكتسبها .

ب - تجريب الحدث بإتاحة الفرصة لتقويته فى كيفية الحياة فى مواقف خارج المؤسسة .

جـ - تقوية عود الحدث بقضائه فترة خارج المؤسسة يتمكن فيها من إختبار الواقع ومعرفة ماهو متوقع منه ، ومعرفة مستواه المهنى والادائى فى العمل .

د - إتاحة الفرصة لجمع الأجر والتدرب على توفير المال والقدرة على التصرف فيه بحكمة .

هـ - إكتساب الخبرة فى استغلال امكانيات البيئة كالمواصلات ، وأماكن تقضية وقت الفراغ ،ومعرفة المؤسسات التى تمده بالخدمات ،والتعامل معها كما يتعامل غيره من الأفراد الأسوياء .

٤ - تفريد العلاج : إذ يجب أن تكون هناك مادة كاملة عن حالة الحدث وتاريخ حياته . وتوضع خطة العلاج تناسب تكوين شخصيته .

٥ - الدقة فى إختيار الاخصائيين الذين يتعاملون مع الحدث . وقد أكد مؤتمر الوقاية من الجريمة الذى عقد فى لندن سنة ١٩٦٠ ضرورة العناية باختيار الأفراد العاملين فى المؤسسات على ألا يقوم الاختيـــار على المؤهلات العلمية وحدها ، بل يجب أن يؤخذ فى الاعتبار السمات الشخصية المؤهلة للعمل مع مثل هؤلاء الأحداث .

الاختيار للايداع فى المؤسسات :

من من الأحداث المنحرفين يجب إيداعهم فى المؤسسات؟ للاجابة على هذا السؤال نسوق بعض المعايير التى يجب الإهتداء بها .

١ - سبق لنا أن ذكرنا أن إنحراف الأحداث فى دول كثيرة يتسع ليشمل كل مظاهر سلوك الأحداث تقريبا ، مثل عدم الطاعة ، والعناد ، وعدم إحترام الآخرين ، والمروق ، والتدخين ، وأجمع عقاب السجاير ... الخ . ويضم هؤلاء جميعا مع المنحرفين الحقيقيين لعدم وجود المؤسسات أو الخدمات الكافية، ولعدم وجود سياسة لمعاملة كل فئة على حدة ، إذ كل من يعتبر غير متكيف مع بيئته يرسل إلى المؤسسات. علما بأن عدم التكيف والانحراف أمران مختلفان. لذلك يجب إعتبار الأحداث المنحرفين من وجهة النظر الاجتماعية مجموعة تكون مشكلة تختلف عن مشكلة أولئك الذين يحتاجون للرعاية والحماية عن طريق الخدمات الإجتماعية والعقلية والصحية وغيرها من خدمات الرعاية . إذ يجب علاج كل من النوعين لأن كلا منهما يحتاج للرعاية والمساعدة . لهذا يجب أن يستبدل كل تشريع يعتبر المنحرفين وغير المتوافقين فئة واحدة بتشريع يفرق بينهما وإذا كان

ولابد من إيداع أفراد الفئة الأولى فى المؤسسات فالأمر يختلف مع أفراد الفئة الثانية . أما إذا كان ولابد من إيداعهم أيضا فلتكن لهم مؤسساتهم الخاصة . ويتبع ذلك قصر مصطلح الأحداث المنحرفين على أولئك الذين يقترفون فعلا يعاقب عليه القانون إذا ما ارتكبه شخص بالغ . كما نادى بذلك مؤتمر الوقاية من الجريمة فى لندن ١٩٦٠ الذى سبق أن أشرنا اليه .

٢ ـ يجب لكى يكون للعلاج أثره عدم الإستغناء عن أى طريقة أو مجموعة طرق توصل إلى الهدف ، ويتطلب ذلك إستخدام كل الإمكانيات والهيئات الموجودة فى البيئة والتى تسمح للحدث بأن يكون حراً خارج المؤسسة بدلا من إيداعه فيها ، أما إذا كان الايداع أمراً حتمياً فلتتبع المؤسسة سياسة الباب المفتوح أو شبه المفتوح كلما كان ذلك ممكنا .

٣ ـ وهناك مشكلة يتناولها الإخصائيون بالمناقشة والبحث والتمحيص هى طول مدة الإيداع . وهل تحدد مدة الايداع أم تترك مفتوحة . ويشير المؤتمر سالف الذكر بأنه يستحسن أن تحدد فترة العلاج منذ البداية لأن المنحرفين البالغين والأحداث يستجيبون إيجابيا حين يكون لديهم فكرة تقريبية عن طول المدة التى سيقضونها.

فى ضوء هذه الاعتبارات السابقة ، وفى ضوء التعريف القانونى للانحراف نرى أن كثيراً من مشكلات السلوك ، على الرغم من حاجتها للعلاج ، لاتدخل فى نطاق إنحراف الأحداث . إنما هى مظاهر سلوكية تدل على عدم التكيف ولاتحتاج للايداع فى المؤسسات إنما يجب أن يترك أمرها للهيئات التى تقوم بالرعاية الموجودة فى البيئة :

وقد سبق لنا أن بينا فى صفحات سابقة أنماط المنحرفين، وعرفنا أنه من بين

هذه الأنماط يوجد النمط المرضى ، ولايحتاج هذا النمط أيضا للايداع . إذ أن المنحرف المرضى هو فى الواقع حدث سوى من وجهة النظر النفسية وإن كان القبض عليه يتم لإقترافه عملا يعاقب عليه القانون . إن مشكلات هذا النمط يمكن النظر اليها على أنها مشكلات تحتمها مرحلة النمو التى يمر بها الحدث وغالبا ما يقترف الحدث الفعل دون دراية بمدى خطورته .

أما النمط الإعتدائى غير الإجتماعى والذى ينطبق غالبا على الصبية والذى يتميز بالعدوان وعدم القدرة على تحمل الإحباط ، فيتطلب علاجا خاصا قد لايتوفر خارج المؤسسات ، كما ثبت أن المؤسسات العادية تفشل فى علاج هذا النوع ، لذلك يجب أن تهيأ لهم مؤسسات خاصة ذات بيئة علاجية خاصة .

أما المرضى بأمراض عقلية أو بالضعف العقلى فيحولون فى العادة إلى مستشفيات الأمراض العقلية أو المؤسسات الخاصة بضعاف العقول .

والاتجاه الحديث فى كثير من البلاد هو تسليم الحدث دون العاشرة من العمر إلى ولى الأمر أو الأسرة مع تطبيق نظام الاختبار القضائى. أما الأحداث فيما بين العاشرة والثالثة عشرة فيودعون فى مدارس داخلية . وهذا هو مارآه الكاتب متبعا فى بولندا الإشتراكية . أما فى البلاد الاسكندنافية فلا يعتبر الحدث دون الخامسة عشرة مسئولا وبالتالى لايودع فى المؤسسات .

فإذا لم يسلم الحدث إلى أهله أو ولى أمره ، وإذا لم يودع فى مدرسة خاصة أو يحول إلى المستشفى أو مؤسسات الضعف العقلى فانه يودع فى العادة فى إصلاحية من الإصلاحيات ، والإصلاحية هى النوع السائد من المؤسسات للاحداث المنحرفين .

اجراءات معاملة الاحداث المنحرفين:

إن مشكلة الأحداث المنحرفين مشكلة تحتاج إلى مجهود تعاونى ثقافى يشترك فيه الآباء ، والمدرسة ، والقضاء ، والبوليس ، والمؤسسات الإجتماعية ، ورجال الدين ، والهيئات المحلية والدولة . فالحدث المنحرف يتطلب معاملة خاصة تختلف عن معاملة الكبار أو المجرم العادى ، لذلك استخدمت العيـــادات النفسية ، وأدخلت نظم التوجيه بالمدارس، كما انشئت المدارس الخاصة للمنحرفين، ووضعت البرامج الخاصة فى الأندية والساحات للاحـــداث ، كما تنبهت معظم الدول إلى ضرورة إنشاء محاكم خاصة بهم . ويلخص لوبيزراى فى محاضراته بأن الهيئات التشريعية الخاصة بالأحداث لها أشكال ثلاثة هى :

١ ـ وجود محاكم خاصة للأحداث .

٢ ـ تنظيم مجالس لرعاية الأحداث كما فى البلاد الإسكندنافية .

٣ ـ الربط بين محاكم الأحداث وسلطات الرعاية الاجتماعية .

أما البلاد التى توجد فيها محاكم للاحداث فتشكل هذه المحاكم على وجه من الوجوه الثلاثة التالية .

١ ـ محاكم خاصة لاتتناول إلا مشاكل الأحداث .

٢ ـ محاكم للاحوال الخاصة ولاتتناول إلا شئون الأسرة والأحداث على إعتبار أن مشاكل الأسرة والأحداث مشتركة .

٣ ـ محكمة للاحداث تابعة لمحاكم الجنايات . وتوجد فى البلاد التى يكلفها إنشاء محاكم خاصة للاحداث أموالا طائلة .

فإذا ما تم القبض على الحدث يحجز فى قسم البوليس ، وغالبا بمعزل عن

الكبار ، أو يودع مؤقتا فى منزل خاص تشرف عليه هيئات الأمن . وتوجد مثل هذه البيوتات فى كل مدينة كبيرة فى بولندا ، وتعتبر من أحسن المؤسسات للايداع المؤقت . والمفروض ألا يقيم فيها الحدث مدة أطول من ٤٨ ساعة إما أن يفرج عنه بعدها أو يودع فى دار من دور الملاحظة وفقا لما يقرره القاضى أو السلطات المعنية .

وفى مصر ، كما فى غيرها من البلدان التى يوجد فيها محاكم للاحداث يحال الحدث إلى دار من دور الملاحظة التابعة إما لوزارة الشئون الإجتماعية أو التى تديرها الجمعيات الأهلية ، فيعهد به إلى أحد الإخصائيين الإجتماعيين الذى يقوم بدراسة حالته فى فترة محددة ، هى ثلاثة أشهر فى المتوسط يتم أثنـــاءها جمع مادة الحالة عن الحدث من أسرته ومن المدرسة والجيرة وغيرهـــا من المصادر ، ويرفق بدراسة الحالة تقرير طبى وتقرير نفسى . فإذا ماتمت الدراسة يحول الحدث إلى المحكمة مع توصيات الإخصائى الإجتماعى بالعلاج الذى يجب أن يتبع وتتم محاكمة الحدث فى جلسة منفصلة لايحضرها سوى الآباء والاخصائى الإجتماعى والقاضى ووكيل النيابة . وقد يحضر المحامون فى صحبة الحدث وأهله . ويحال الحدث إلى مؤسسة إذا لم يكن هناك أى سبيل آخر للعلاج . وتستمر الاقامة فى المؤسسة مابين ستة أشهر وسنتين ومن الممكن أن تطول المدة أكثر من ذلك .

ومما يساعد على تسهيل مهمة القضاء ما يلى :

١ ـ أن يتضمن التقرير الذى يقدمــه الاخصائى الإجتماعى تقويما لشخصية الحدث بنواحى القوة ونواحى الضعف فيها .

٢ ـ أن تتنوع المؤسسات التى يمكن إحالة الحدث اليها ، وأن تتنوع البرامج العلاجية حتى يمكن تحويل الحدث إلى المؤسسة المناسبة أو تهيئة البرنامج المناسب الذى يتفق وحاجاته ومشكلته وسنه .

المعاملة داخل المؤسسات:

تقوم سياسة الاصلاح على التسليم بأن الجريمة سلوك مضاد للمجتمع وأن الوقاية والاصلاح يهدفان إلى إعادة المجرم فى المجتمع ثانية بعد إصلاحه . لذلك يجب أن تهيأ بيئة المؤسسة للعلاج والتأهيل ، وأن تكون فيها الخدمات الضرورية التى تساعد على إعادة التكيف للمجتمع الخارجى ، لذلك يجب أن تنظم بيئة المؤسسة تنظيما يسمح للحدث بخبرات تبين له أن فكرته عن العالم وعن المجتمع مشبعة بالخطأ ، وأن المجتمع على إستعداد لتقبله ومساعدته على أن يساعد نفسه .

لذلك يجب أن يكون الهدف الأول فى تأهيل أى حدث منحرف هو تعديل حاجاته الداخلية وتعليمه كيف يضبط التحكم فى إندفاعاته . يتطلب ذلك أن تكون البرامج فى المؤسسات غنية بالخبرات التى تشبع الحاجات المشروعة كالطعام والراحة بالإضافة إلى إشباع العلاقات الإجتماعية المتبادلة . وإكتساب الخبرات بشكل تدريجى ، مع وجود فترات للراحة والإسترخاء . كما يجب أن تتضمن البرامج الخدمات الخاصة كالتقويم الفردى ، والتعليم المدرسى ، والتدريب المهنى ، والتوجية والعلاج الفردى والجمعى ، والخدمات الطبية وماشابه.

ويجب أن نلاحظ أن إهتمام المؤسسة بالحدث يعنى الإشراف المستمر عليه لمدة ٢٤ ساعة . ومن أحسن التنظيمات أن ينظم الأحداث فى جماعات

يتراوح عددها ما بين ١٠ ، ١٥ حدثا تحت رعاية مشرف أو إثنين يقومان بالوظائف الوالديه على أن يتم إختيار العاملين مع الأحداث إختيارا دقيقا . كما يجب أن يخطط لشغل وقت الطفل طيلة النهار على أن يشترك فى تخطيط البرنامج المتخصصون من إخصائى إجتماعى ، ونفسى ، وطب نفسى ، وجميع المسئولين فى المؤسسة .

والبرامج الجيدة يجب أن تمول بسخاء ، إذ لازالت وللاسف كثير من المؤسسات محرومة من المصادر المالية التى تعينها على تنفيذ البرامج الصالحة .

الخدمات المتخصصة :

١ ـ التعريف :

تعنى المواقف الجديدة سواء أكانت الالتحاق بمدرسة ، أو شغل وظيفة جديدة أو الالتحاق بجماعة جديدة وجود فترة مؤقته من القلق وعدم الطمأنينة اللهم إلا إذا كانت هناك خطة تساعد على مجابهة مطالب الموقف الجديد ، وإلا توقعنا مشاكل تؤدى إلى عدم التوافق والتعاسة الفردية . وخبرة الإلتحاق بمؤسسة ليست خبرة سارة للكثيرين من الأحداث خاصة للحدث الذى لم يسبق له الايداع بالمؤسسات .

ومن المسائل المتبعة وجود مركز للاستقبال أو التشخيص للجدد يقضون فيه فترة أسبوع أو أسبوعين حتى يتم تعريفهم بسياسة المؤسسة ،إذتهدف برامج التعريف أو برامج الإستقبال إلى :

أ ـ تعريف الحدث بالمؤسسة . ب ـ تعرف أعضاء المؤسسة على الحدث.

ويتضمن تعريف الحدث بالمؤسسة مده بالمعلومات الضرورية عن مبنى

المؤسسة وأقسامها ، واللوائح والتنظيمات المتبعة ، وأوجه النشاط الموجودة بالمؤسسة وخدمات التوجيه والعلاج ، والخدمات الصحية وما اليها .

٢ — التقويم الفردى :

فى الوقت الذى يقوم فيه الحدث بالتعرف على المؤسسة تقوم المؤسسة بالتعرف على الحدث بدراسته إذ يقوم الأخصائى الاجتماعى ، والاخصائى النفسى ، واخصائى الطب العقلى ، والطبيب ، والمعلم وغيرهم من الاخصائيين فى المؤسسة بجمع المعلومات عنه والتى قد يكون لها قيمتها فى العلاج وذلك باستخدام الأدوات التشخيصية التى فى متناول كل منهم ... وتجمع هذه المعلومات ، وفى ضوئها تتقرر طريقة العلاج التى تناسبه .

والمعلومات ذات الضرورة التى تفيد فى فهم الحدث يجب أن تتضمن :

أ ـ تاريخ الحدث الاجتماعى وتاريخ أسرته .

ب ـ التهمة الحالية والتهم السابقة .

حـ ـ العلاقة الديناميكية بين أفراد الأسرة .

د ـ الثبات الانفعالى للحدث وتكيفه الاجتماعى .

هـ ـ اتجاهاته النفسية .

و ـ مستواه الصحى والجسمانى .

ز ـ مستواه الدراسى كما تبينه الاختبارات التحصيلية ، وقدرته العقلية كما تتبين من اختبارات القدرة العقلية .

ح ـ المهارات الخاصة ، والخبرات المهنية السابقة .

ط ـ القدرات الخاصة .

ى ـ الميول والخطط التى يراها الحدث لمستقبله .

٣ — التعليم المدرسي :

يقع الأحداث المنحرفون فى معظم بلاد العالم فى مستوى سن التعليم الإجبارى ، غير أن معظم المنحرفين من الفاشلين دراسيا ، لذلك نجد أنه يوجد فى معظم المؤسسات فصول دراسية يلتحق بها نزلاء المؤسسة ضمن النشاط اليومى . وتلجأ بعض المؤسسات إلى الحاق بعض الأحداث بالمدارس الموجودة فى البيئة حتى لا ينقطع سير الدراسة لهم ، خاصة إذا كان المستوى التحصيلى للحدث مقبولا . إذ يذهب هؤلاء الاحداث إلى المدارس ثم يعودون إلى المؤسسة . والبرامج الدراسية فى المدارس غالبا ماتكون غير مناسبة لغالبية المودعين فى المؤسسة . لهذا يجب أن يكون فى المؤسسة الفصول الدراسية التى تتناسب برامجها ومستويات هؤلاء الأحداث حتى يتمكن كل حدث من التحصيل وفقا لقدراته وسرعته وميوله للمواد الدراسية المختلفة . والأحداث المنحرفون فى مصر فى العادة من الأميين ، لهذا تنجح هـــذه الفصول الدراسية إذا تمكنت من تعليم الحدث أثناء اقامته فى المؤسسة القراءة والكتابة . على أن الهدف من هذه الفصول يجب أن لا يقتصر على محو الأمية . إذ يجب أن يهيء البرنامج الدراسى لاكتساب التدريب المهنى ، والثقافة الصحية ، والمواطنة، وتعليم السلوك الاجتماعى السوى والتربية لوقت الفراغ .

٤ ـ التدريب المهنى :

يعتبر التدريب المهنى من أهم أوجه النشاط للتأهيل والاصلاح فى المؤسسات ويعنى التدريب المهنى الناجح :

أ ـ نوعا من العمل يسمح للحدث بتعلم حرفة من الحرف .

ب ـ تعلم العادات الحسنة كالمثابرة على العمل واكتساب المهارات التى تساعد على النجاح فى المجتمع الخارجى .

حـ - تعلم معنى العمل وتقدير قيمته .

د - إكتساب المهارات ، وإكتشاف القدرات الخاصة التى تؤهل للنجاح فى عمل من الأعمال .

كما يساعد البرنامج المهنى الناجح على سهولة إدارة المؤسسة إذ يقلل من الكسل ويرفع من الروح المعنوية للنزلاء والمشرفين عليهم ، ويقلل من مشاكل التهذيب والإدارة ، ويبعث على المشاركة فى نواحى النشاط الأخرى فى برنامج العلاج ، ويقلل من نفقات المؤسسة .

والاتجاه الحالى فى المؤسسات هو تشغيل الأحداث فى المؤسسات الصناعية الموجودة فى البيئة ويدفع لهم أجر على عملهم يذهب جزء منه للمؤسسة للاقامة ، ويحفظ الباقى للحدث فى دفتر للتوفير يعطى له عند تخرجه .

ففى بولندا شاهد المؤلف تجربة تجريها بعض المؤسسات مع مجموعات من الاحداث تسمى المجموعات شبه الحرة . إذ تؤجر المؤسسات عدداً من نزلائها من الاحداث للمصانع التى يعمل فيها الاحداث تحت إشراف الاخصائيين من مؤسستهم ، ويقيمون جميعا مع العمال فى مساكن تهيئها لهم المصانع ، وهذه التجربة قائمة الآن لمدة تقرب من أربع سنوات ويبدو أن نتائجها تبشر بالخير .

ومما شاهده المؤلف فى نفس البلد أن المصانع الكبيرة تمد المؤسسات بوحدات إنتاجية كاملة بآلاتها الثقيلة تقام فى المؤسسة . وتدفع المصانع أجر الصبية على مايقومون به من إنتاج . ويقسم الأجر بين المؤسسة والحدث ، ويذهب الانتاج للمصانع ، فإذا ماحان وقت الإفراج عن الحدث ، تلتزم المصانع

بتعيين عدد منهم بين عمالها خاصة وأنه قدتم تدريبهم فيها وكأن المؤسسة ليست إلا مراكز تدريب لهذه المصانع . والواقع أن الزائر لكثير من مؤسسات الأحداث فى بولندا لايجد فرقا كبيراً بينها وبين كثير من مدارس الصناعات ومراكز التدريب .

٥ ـ الخدمات الصحية :

يتضمن البرنامج الصحى فى المؤسسة ما يلى :

أ ـ الكشف الدورى على الأحداث مع الاهتمام بالنواحى الإنفعالية والجسمانية على السواء .

ب ـ وجود ممرضة قائمة مع الإمكانيات الضروريه للاسعافات الأولية .

حـ ـ التوعية بمبادىء الصحة العقلية والجسمانية .

د ـ تدريب المشرفين والاخصائيين فى المؤسسة على ملاحظة أعراض الامراض المختلفة لإتخاذ اللازم إزاءها فى الحال .

والبرنامج الصحى الذى يتضمن كل ذلك هو فى الواقع برنامج متعدد الاوجه ، ولن يقال أن للمؤسسة برنامجاً صحياً إلا إذا اكتملت عناصره السابقة .

٦ ـ التوجيه والعلاج النفسى :

يقوم كل من التوجيه والعلاج النفسى على العلاقة وجها لوجه بين الاخصائى وصاحب الحالة . وتهدف هذه العلاقة فى زيادة فهم العميل لنفسه ، وزيادة قدرته على حل مشاكله بنفسه وذلك بمساعدة الاخصائى . والتوجيه والعلاج النفسى إما أن يكون فرديا أو جماعيا .

وتدعى كثير من المؤسسات أن لديها برامج التوجيه وبرامج العلاج النفسى . وقد يكون ذلك صحيحا فى بعض المؤسسات وفى بعض الدول المتقدمة ، غير أن المستعرض للبحوث العلمية يلاحظ أن ماتقوم به هذه المؤسسات هو محاولة تجريبية وعلى نطاق ضيق لاغير ، إذ لاتمتد هذه الخدمات لكل هؤلاء كما يجب أن يكون . أما فى البلاد النامية فلا زال هذا المجال حديثا بالنسبة لها ولم يطرق بعد . وقد يعزى هذا إلى أن المتخصصين فى التوجيه والعلاج عددهم قليل جداً . كما أنهم لايعملون فى العادة مع المؤسسات العلاجية إلا على سبيل الاستشارة أو للتشخيص ولبعض الوقت.

٧ ـ خدمات اخرى :

بالاضافة إلى الخدمات السابقة يجب أن يتضمن البرنامج أوجه النشاط المختلفة لملء وقت الفراغ ، كالنشاط الرياضى ، والموسيقى ، والمسرحى ، والقراءة ، وما إليها. إذ يساعد هذا على شغل وقت الحدث والتقليل من المشكلات الإدارية التى قد تنجم عن الفراغ والكسل .

والخلاصة يجب أن يكون هدف أى برنامج علاجى فى أى مؤسسة هو إعادة الحدث إلى المجتمع الخارجى ليتفاعل معه على أسس سوية . لذلك يجب أن يمهد لهذه العودة بالتدريج . وتتبع بعض المؤسسات سياسة منح الإمتيازات والحرية تدريجيا . فبعد التحاق الحدث بالمؤسسة يحرم من كثير من الإمتيازات خاصة تلك التى تتصل بالتفاعل مع العالم الخارجى كزيارة المنزل ، والعمل خارج المؤسسة ، والترويح فى الخارج كالاشتراك فى المعسكرات والرحلات وما اليها . فإذا أثبت الحدث حسن السير والسلوك

تمنح له بعض الإمتيازات تدريجيا حتى يصبح على إستعداد لمجابهة المجتمع من جديد .

تطوير معاملة الاحداث فى مصر :

فى ضوء ما سبق ومسايرة التطـــور الاجتماعى والاقتصادى فى مصر يحتاج قانون الأحداث إلى إعادة النظر فيه ، مع تكوين شرطة خاصة للاحداث كما تحتاج مؤسسات الأحداث فى مصر إلى التطـــوير على أن يراعى فى تطويرها ما يأتى :

١ ـ إشتراك القاعدة الشعبية عن طريق منظمات الاتحاد الاشتراكى فى إدارة المؤسسات عن طريق مجالس إدارتها .

٢ ـ تحويل المؤسسات إلى وحدات إنتاجية بتطوير الصناعات الموجودة فى هذه المؤسسات حتى تتفق وخطة التنمية فى الدولة ، وياحبـــذا إذا نسق التعاون بين المؤسسات والمصانع عن طريق منظمات الاتحـــاد الاشتراكى بتدريب نزلاء المؤسسات فى المصانع على أن تلتزم المؤسسات بتشغيل عدد من هؤلاء النزلاء بعد تخرجهم من المؤسسات . وياحبذا إذا امتد نشاط المصانع إلى نقل وحدات إنتاجية إلى المؤسسات فتمد المؤسسة بالمواد الأولية التى تصنع لحساب المصانع .

٣ ـ يعاد توزيع المؤسسات جغرافيا حتى يكون نشاط هذه المؤسسات فى داخل المدن بدلا من أن يكون خارجها كما هو حادث حاليا نتيجة للموقع الجغرافى فى بعض المؤسسات .

٤ ـ يراعى تحديد العدد الذى تستوعبه المؤسسة على ألا يزيد بحال عن ١٥٠

أو مائتين على الأكثر . أما المؤسسات الضخمة كمؤسسة المرج فيعاد تقسيم النزلاء فيها إلى مجموعات صغيرة لها إستقلالها الذاتى .

٥ - الاهتمام بتدريب العاملين فى المؤسسات وإختيارهم .

٦ - تزويد المؤسسات بالاخصائيين النفسيين المدربين ومدهم بأدوات التشخيص الصالحة المقننة على عينات مصرية .

٧ - إعادة تخطيط برامج هذه المؤسسات بما يكفل تربية المواطن الصالح وتحقيق الخدمات التى يجب توافرها فى المؤسسات الحديثة .

الفصل العشرون

الشذوذ الجنسى

يجدر بنا قبل أن نتكلم عن الجرائم الجنسية أن نستعرض مراحل النمو الجنسى والانحرافات الجنسية لنفرق بينها وبين الجرائم الجنسية .

مراحل النمو الجنسى :

يرجع الفضل إلى فرويد فى بيان أهمية مظاهر الدافع الجنسى فى الطفولة ، وبيان مراحل نمو هذا الدافع ، ويجدر بنا أن نشير إلى أن التقسيم إلى مراحل لايعنى إستقلال هذه المراحل وإنفصال بعضها عن بعض ، إذ تتميز كل مرحلة بوجود مظاهر المراحل الأخرى فيها إلى جانب بروز المظاهر بهذه المرحلة . كما أن الانتقال من مرحلة إلى أخرى تدريجى ، إذ لايمكننا أن نقف عند يوم معين بالذات ونقول : هنا انتهت مرحلة وبدأت مرحلة أخرى . كما أن من أهم خصائص النمو التمايز والتكامل . ويقصد بالتمايز البروز من الكل الذى يتضمن عناصر المظاهر الأخرى . ويقصد بالتكامل ، الوحدة والإتساق والاكتمال .

وقد قسم فرويد وتلاميذه مراحل النمو الجنسى إلى المراحل الآتية :

١ ـ المرحلة الفمية الأولى .

٢ ـ المرحلة الفمية الثانية .

٣ ـ المرحلة الشرجية السادية .

٤ ـ المرحلة القضيبية .

٥ - مرحلة السكون .

٦ - مرحلة المراهقة والنضج الجنسى .

ويرمز فرويد والمحللون النفسيون من مدرسته إلى هذه المراحل تبعا لمنطقة الجسم التى تسود غيرها كمصدر لاجتلاب اللذة . وأهم هذه المناطق كما يتبين من التقسيم هى الفم ، والشرج ، والأعضـــاء التناسلية . إلا أنه يجب أن نؤكد أنهم حين يتكلمون عن اللذة الجنسية فى الطفولة لا يقصدون الشهوة الجنسية كما يعرفها البالغ الناضج ، وإنما يقصدون نوعا من الحساسية واللذة الذاتية العامة التى تقابل اللذة الجنسية عند البالغ . ولكل من هذه المناطق الجنسية وسائلها الخاصة فى إستثارتها وفى طريقة إشباعها .

١ - المرحلة الفمية المبكرة :

ومركز اللذة فى هذه المرحلة هو الفم فالفم هو سبيل الطفل لاشباع حاجاته واتصاله بالعالم الخارجى، وتشبه حالة الطفل بعد الرضاعة والشبع منها والاسترخاء الذى يليها ، حالة الاسترخاء التى تلى الانتهاء من العملية الجنسية عند البالغ ، ويشعر الطفل - فى خبراته الفمية - بالاتحاد مع ما يبتلعه عن طريق الفم .

ومما يلاحظ أن كثيراً من مظاهرها يستمر حتى النضج والبلوغ. فالقبلة واللعق والتدخين وشرب الخمر وتعاطى المخدرات والنهم كلها مظاهر فيها لذة عن طريق الفم ، وفيها إستمرار لمظاهر المرحلة الفمية . ويمكننا أن نلخص مصادر اللذة فى هذه المرحلة فى عملية الابتلاع والشعور بلذة الاتحاد مع ما يبتلعه الفرد .

٢ - المرحلة الفمية الثانية :

وتظهر هذه المرحلة حوالى نهاية العام الأول من ميلاد الطفل حين يبدأ ظهور الاسنان ، وتبدأ معها اللذة فى العض والتقضم وقيام الطفل بدور إيجابى غير سلبى ،

فبعد أن كان نشاطه قاصراً على عمليات المص والادخال والبلع ، أصبح يجد لذة إضافية فى قضم الأشياء والتعلق بأسنانه بثدى الأم وجذبه . ويجدر بنا أن نشير هنا إلى أن نمو الأسنان وما يصاحبه من القدرة على القيام بدور إيجابى ، تصاحبه أيضا إيجابية فى الحواس الاخرى ، ففى حاسة البصر مثلا - بعد أن كان الطفل فى المرحلة الاولى ينظر ويستقبل الإحساسات البصريه - يصبح الآن قادراً على أن يحدد بصره ، ويدير عينيه متتبعا الاجسام المتحركه ، كما أن حاسة السمع أصبحت تميز الاصوات وتحدد مكانها وتتبعها بعد أن كانت وظيفتها سلبية قاصرة على الاستقبال ، وأصبح فى مقدور الطفل أن يمد ذراعه وأن يقبض بيده على أشياء يريدها عن قصد .

ومن عادات السلوك الاجتماعى التى يغرس بذورها فى هـــذه المرحلة ، الرغبة فى الاخذ ، والرغبة فى الحصول على الاشياء التى قد تحول بينها وبين الفرد بعض العقبات .

فإذا ما مرت بالطفل فى هـذه المرحلة والمرحلة السابقة خبرات غير سارة كالحرمان من العطف والحنان - مما قد يؤثر فى عدم إنتظام عملية الرضاع والشعور بالطمأنينة الذى يصاحبها - فإنه قد تثبت مع الطفل أنماط من السلوك تتميز بهـا هذه المرحلة ، ويصعب عليه الانتقال إلى المرحلة التى تليها . وتبدأ أعراض ذلك فى المشاكل التى تبدو على بعض الاطفال فى عملية الرضاعة . ويرى « فرويد » أن إنحرافات هذه المرحلة قد تتخذ أحد إتجاهين . الاول إنحراف يختص بمنطقة اللذة ، والثانى إنحراف يختص بأنماط السلوك الخاصة بمرحلة هذه المنطقة . ومن أمثلة إنحرافات منطقة اللذة إستمرار الطفل حتى البلوغ فى إجتلاب اللذة عن طريق الفم . وقد ذكرنا أمثله لهـــذه الانحرافات كالنهم والتدخين وتعاطى

المخدرات . أما الإنحرافات فى أنماط السلوك فتتلخص فى الثبات على نمط وهو الأخذ لا الإعطاء مهما كانت سبل هذا الأخذ أو مناطقه الجسمانية .

ويرى المحللون أن الصعاب التى قد تعترض النمو فى هذه المرحلة قد تؤدى إلى مشاكل يصعب علاجها بعد ذلك ، فقد يحدث ألا يفطم الطفل - كما هى العادة - قبل أن تظهر أسنانه ، ولا تحتمل الأم عض الطفل لثديها ، فتثور ، وتجذب ثديها منه ، مما يؤدى إلى إستثارة غضبه وشعوره بالحرمان من العطف واللذة ، وهو عاجز عن التنفيس عن غضبه بعمل إيجابى سوى البكاء ، فتوضع فى نفسه بذور حب القسوة على الغير ، وحب الألم من الغير ، والصراع بينهما وتحطيم رابطة الاتحاد السعيد مع الأم فتوضع بذور القلق . ويرى « إريكسون » أن بذور الشعور بالثقة فى النفس وفى الغير وما يصاحب ذلك من إحساس بوجود الخير أو فقدان الثقة فى النفس وفى الغير ، وما يصاحب ذلك من إحساس بوجود ما يسمى بالشر توضع فى هذه المرحلة .

٣ - المرحلة الشرجية :

ومنطقة اللذة فى هذه المرحلة هى فتحة الاست والمستقيم . ولا شك أن اللذة الشرجية كانت موجودة فى المرحلتين السابقتين ، إلا أنه يبدو أنه فى السنة الثانية من العمر تحتل هذه المنطقة مكاناً خاصاً متميزاً فى مراحل اللذة الجنسية عند الطفل ، وتكون هذه اللذة هنا مصاحبة لعملية الإخراج « التبرز » ، وتكون قاصرة على مجرد الإخراج فى أوائل هذه المرحلة من النمو ، وفى أواخرها يؤدى نضج عضلات هذا الجزء من الجسم إلى عمليتين يشعر معهما الطفل بالقدرة على السيطرة ، هما : الإخراج والقبض ، وهما تؤديان إلى بدء شعور الطفل بذاته .

ولما كانت بعض الثقافات - مثل ثقافتنا والثقافة الغربية - تعطى أهمية خاصة

لهذه العملية ، ويتحتم تدريب الطفل على التحكم فيهما فى سن مبكرة ، فان الطفل يستغل أنماط السلوك المصاحبة لهذه العملية للتعامل مع الغير، فالتبرز فى أى مكان فى المنزل لا يرضى عند الوالدان ، قد يكون وسيلة يلجأ إليها الطفل لمعاقبتهما والسيطرة عليهما ، كما قد يكون الإمساك وسيلة ترمى إلى هذا الهدف.

والتخلص من البراز عملية يضطر إليها الطفل ، ويشعر بأنه يفقد جزءاً منه أو جزءاً من ذاته ، فيصحب عملية إخراجه شعور بفقدان شىء عزيز، وقد يجمد هذا النمط من السلوك فى الفرد فيعز عليه العطاء ، ويلذ له الأخذ ، فيتحول إلى شخص أنانى فى معاملاته مع الآخرين ، وقـــد يصبح بخيلا ينحصر همه كله فى الاستحواذ على المال .

وإذا ما كان تمرين الطفل على تنظيم عملية التبرز مشوبا بالقسوة والتعنت ، فقد ينكص إلى المرحلة الفمية السابقة ، فيمص أصابعه ، ويقضم أظافره ، أو تكثر مطالبه ورغباته ، أو قد يتحول إلى معتد فيستغل البراز كذخيرة يعتدى بها على الوالدين وإرادتهما ليثبت ذاتيته .

وقد تحدث إضطرابات بمنطقة اللذة نفسها أو فى أنماط السلوك المصاحبة مثل إضطرابات القولون ، أو تقلص أو إرتخاء عضلات الشرج أو المستقيم ، أو قد يصاب الطفل بوهم إضطهادى بأن الجسم ممتلىء بالقاذورات ، أو قد يحاول السيطرة على الغير وعلى البيئة بسلوك اعتدائى . كما قد يتحول الفرد إلى شخص تسيطر عليه الأفكار والأفعال الاستحواذية التى سبق شرحها فى الأمراض العصابية النفسية ، كما قد يؤدى التزمت فى تدريب الطفل على هـذه العملية إلى تأكيد الشعور بالاثم والعار على حساب الشعور بالعزة والكرامة الذاتية ، كما تقوى النزعة إلى السادية « والتلذذ بالقسوة على الغير » أو الماسوكية « الشعور باللذة فى إيلام الغير له » .

٤ ـ المرحلة القضيبية :

يصبح القضيب مركز اللذة حوالى السنة الثالثة من العمر لكل من الصبي والصبية ، فالبظر فى البنت يحل محل القضيب فى الولد . واللذة الجنسية فى هذه المرحلة لذة ذاتية ، أى أنها لا تتجه إلى شيء أو فرد فى الخارج ، فيجد الطفل لذته فى العادة السرية أى اجتلاب اللذة باللعب فى أعضائه التناسلية .

ويرى « فرويد » أن عقدة أوديب ـ ويقصد بها ميل الطفل جنسيا نحو أمه ورغبته فى التخلص من أبيه ،وميل الفتاة إلى أبيها جنسيا ورغبتها فى التخلص من أمها ـ تتكون فى هذه المرحلة ، ويصاحبها فى الذكر الخوف من فقدان العضو التناسلى فيما يسمى بعقدة الخصى ويقابلها فى الفتاة الغيرة من الولد لوجود قضيب له حرمت هى منه .

ويرى فرويد أن عقدة أوديب تنتهى بفقدان الطفل اهتمامه بعضوه التناسلى لعدم نضجه ، ولعدم فهمه فهما كافيا لدلالته ، ولخوف الطفل من الخصى ، وخوفه من أفكاره نحو موت الأب . بينما تطول هذه المرحلة مع الفتاه لأنها ليست مهددة بفقدان عضو لا تملكه أصلا كالولد .

ويتميز سلوك الذكر فى هذه المرحلة بطابع الاختراق . فالقضيب يرمز إلى القوة وإلى القدرة على عملية الخرق والولوج ، فالطفل يجرى مخترقا الهواء ، وقد يصرخ ويصيح ويستعمل الالفاظ النابية وكلها مما يخرق الاذن ،كما يخترق مجاهل الاماكن التى تدعو إلى حب الاستطلاع . وقد يصادف الطفل فى هذه المرحلة رؤية الجماع بين الاب والام ، فيفسر هذه العملية على أنها عملية اعتداء على الام خاصة وأنها تتم فى الظلام ، وقد تفسر الاصوات المصاحبة لها على أنها شعور بالالم . ولا تختلف البنت عن الولد فى ذلك إلا فى فقدانها للقضيب . فبينما يرمز

القضيب عند الولد إلى القوة، كما يرمز انتصابه للرجولة وما يدور حولها من خيال ، تفقد البنت هذا الرمز والخيالات التى تدور حوله ، فتتحول تدريجيا إلى دور الأنثى التى تؤكده الثقافة التى تعيش فيها ، ومن مظاهر هذا الدور الخضوع والإستسلام أو محاولة الأخذ والطلب والاحتفاظ بما تأخذ والعناد وماشابه ذلك . وتقوى عند الولد فى هذه المرحلة نزعات قد تستمر معه ، مثل حب المغامرة والتنافس والقدرة على الإبتكار .

والمشاكل المصاحبة للنمو فى هذه المرحلة والتى قد تؤدى إلى ثبات بعض مظاهر أنماط السلوك الخاصة بهذه المرحلة متعددة . إذ قد لا يمر الطفل بسلام وتثبت معه عقدة « أوديب » وعقدة « الخصى » فخوف بعض الرجال من الجماع أو الزواج قد يكون خوفا لاشعوريا من فقدان العضو التناسلى فى رحم المرأة . كما أن منظر العضو التناسلى للمرأة وإختلافه عن العضو التناسلى للرجل قد يكون مثيراً لعقدة الخصى وخشية الرجل من أن يكون مصيره كمصيرها . ومن مظاهرها أيضــا إستحواذ فكرة صغر العضو التناسلى على الفرد مما يخالف الواقع . فكثير من الشباب يعتقد دون حق فى صغر عضوه التناسلى وقد يكون هذا راجعا إلى رؤيته فى الصغر لعضو تناسلى لرجل ناضج فى الوقت الذى كان فيه عضوه التناسلى صغيرا لم ينضج بعد . كما أن الخنوثة فى بعض الرجال قد تكون حيلة هروبية لاشعورية للايحاء بأنه مثل النساء ولاداعى لعقابه بالخصى . كما أن الثبات على العادة السرية كمصدر وحيد لاشتقاق اللذة الجنسية وعشق الذات من مظاهر عدم النضج والثبات على هذه المرحلة .

٥ — مرحلة الكمون :

وتستمر هـذه المرحلة ما بين السادسة والسابعة حتى المراهقة ، وفيها يخمد

الدافع الجنسى وتقل حدته ، فلا يظهر فى سلوك الطفل ما قد يميز الدافع الجنسى عنده . ويميل الأولاد إلى اللعب والاختلاط بأولاد من جنسهم كما تميل الفتيات إلى اللعب مع بنات مثلهن . والميل الجنسى لأفراد من نفس الجنس مما تتميز به هذه المرحله .

٦ — دور المراهقة والنضج الجنسى :

يؤدى التغير الجسمانى ونشاط الغدد التناسلية فى سن المراهقة إلى أن يبحث المراهق عن هـــدف يشبع حاجته الجنسية . ويرى فرويد أن التعلق بالوالدين وإتجاه الدافع الجنسى نحوهما يظهر ثانية فى بداية هذه المرحله، إلا أن هذا لا يستمر طويلا بحكم التقاليد التى تحول دون إشباع هذا الدافع مع المحارم ، فيستمر المراهق فى سعيه حتى يجد من يشبع هذه الحاجة معه . وهو عادة فرد من الجنس الآخر ، اللهم إلا إذا كان هناك جمود على مرحلة من المراحل السابقة ، أو خبرات غير سارة تؤدى إلى النكوص إلى إحدى هذه المراحل . ويتخذ الشاب فى هذه المرحلة طريقه نحو الرجولة ، كما تتخذ الفتاة طريقها نحو الأنوثة الكاملة مدركة لأهمية عضوها التناسلى فى عملية الاخصاب والانتاج .

ولقد وجهت إنتقادات عدة إلى نظريه فرويد ، وإلى مراحل النمو الجنسى ، فيرى المحللون المحدثون ومنهم كلارا تومبسون Thompson أن الخطأ فى نظرية فرويد يمكن تلخيصه فيما يأتى :

١ ـ أنه عزا التطور الجنسى إلى تطور بيولوجى غريزى . بينما تعزى بعض هذه التطورات إلى أثر الثقافة الغربية .

٢ ـ كما أن فرويد أعطى معنى جنسياً لكل تطور بيولوجى وفى رأيها أن

بعض العوامل البيولوجية ما هى إلا عناصر هامة فى عملية النمـــو ، وليس من الضرورى أن يكون لها معنى جنسى ؛ فاذا نظرنا إلى مراحل النمو السابقة فى ضوء هذين الاعتبارين وجدنا أن فرويد قد لخص تلخيصا جيداً مبنياً على الملاحظة العملية المباشرة مراحل النمو فى الثقافة الغربية ، فالمرحلة الفمية تقررها عوامل بيولوجية ؛ فأنضج الأعصاب فى المخ عند الولادة هى الأعصاب التى تتحكم فى منطقة الفم .

ولاشك فى أن الطفل يتصل بعالمه الخارجى ويختبرة ويفهمه عن طريق فمه ، لذا يتشكك الكثيرون فى أن اللذة الذاتية عامل أساسى فى نشاط الفم ، إذ يبدو أن الطفل يتصل بالعالم الخارجى عن طريق فمه ، لأنه العضو الوحيد الذى يساعده على ذلك فى هذه المرحله فهذه المرحلة تعزى إلى نمو جسمانى ؛ وليست إلى لذة ذاتية ، فضلا عن أن العالم الخارجى الذى يتصل به الطفل عن طريق فمه يختلف من طفل إلى طفل بحكم إختلاف الثقافات .

لذا كانت خبرات الأطفـال عن طريق هذا العضو مختلفـة ، مما يؤدى إلى إختلاف شخصياتهم ، إذ تختلف الثقافات فيما بينها فى طريقة الرضاعة وفى مدتها، فعلى الرغم من وجود أساس عضوى فى هذه المرحلة فان الطفل يتأثر إلى حـد كبير بالعوامل الثقافية التى تسود بيئته .

فاذا ما انتقلنا إلى المرحـله الشرجية وجدنا أن للعوامل الثقافيـة أيضا أثراً كبيراً ، فلاشك أن القدرة على التحكم فى عضلات المستقيم والشرج تتوقف على النمو الجسمانى العصبى للطفل ، إلا أن الثقافات المختلفة تختلف أيضا فى طرقها فى تنظيم هذه العملية وفى الموعد الذى يبدأ فيه تنظيمها ، وماوصفه فرويد من مميزات

هذه المرحلة ينطبق على الثقافات الغربية ومايماثلها من الثقافات ، ولاينطبق على غيرها مما يختلف عنها فى هذه الناحية .

إذن فالأهمية هنا ليست اللذة التى يجتلبها الطفل من عمليّ الاخراج والقبض ولكن الاهمية للكفاح الذى يدخل فيه الطفل مع والديه لتنظيم هذه العملية ، إذ يرغب الطفل فى التحرر من القيود ، ولأول مرة فى حياته تتعارض رغباته مع رغبة الوالدين مما يؤدى إلى التأثير على شخصيته ، فقد يجد الطفل فيما يكتشفه من لذة فى السيطرة على البراز عزاء له يساعده على التوفيق بين إرادته ورغبةوالديه، كما تتشكك كلاراتومسون فى أسبقية المرحلة الشرجية على المرحله القضيبية ، إذ ثبت أن الاعصاب التى تتحكم فى كل من الشرج والقضيب تنضج فى وقت واحد وهى لاترى سببا وجيها لأن يهتم الطفل بشرجة قبل قضيبه اللهم إلا إذا كانت الثقافة تدعو إلى ذلك ، فقد تكون ثمة ثقافة أخرى يكون السبق فيها للمرحله القضيبية .

ولاشك أن هناك أساسا عضويا للمرحلة القضيبية ، إلا أن الطفل لايبدى إهتماما بعضوه التناسلى حتى يتمكن من التحكم فيه ، فيحاول حينئذ إكتشاف مايمكنه أن يفعل بهذا العضو ومايختلف فيه البنون عن البنات ، فيكتشف اللذة الحسية عن طريق لمسه لهذا العضو ، وهذا الاكتشاف ما هو إلا واحد من عدة إكتشافات يقع عليها ، وما حسد البنت للولد إلا لقدرته على اتيان أعمال به تعجز هى عن القيام بها ، إذ يتمكن الطفل من قذف البول إلى أعلى وإلى مسافة بعيدة ويوجهه وجهات مختلفة مما تعجز هى عنه، ويؤدى هذا إلى شعورها بعدم المساواة - تبعا لمعايير الأطفال - وقد يؤدى الى شعورها بالنقص فى المستقبل فى نواح أخرى .

ولاشك أن لنظرة الوالدين أثراً فى ذلك ، اذ يؤدى اكتشاف الطفل للذة فى لمسه العضو التناسلى الى استثارة اهتمام الابوين واعتراضهما ، كما أن الخوف من الخصى الذى تكلم عنه فرويد قد يكون نتيجة لغضب الآباء من لعب الطفل بأعضائه التناسلية وتهديدهم إياه بقطع هذا العضو أو غيره .

وليس هناك من داع للاعتقاد بأن طفلا آخر لم يعامله أبواه هذه المعامله سيوجد عنده حتما هذا الخوف وهذه العقدة .

كما أن عقدة أوديب ليست عامة فى كل الثقافات ، إذ يبدو أنها قاصرة على الثقافات التى تحتم تقاليدها وجود زوجة واحدة ، وتتكون فى الاسرات الصغيرة العدد ، فلا يحتك الطفل فى معاملاته بغير الأم والأب . وليس هناك مايدعو إلى الاعتقاد بأن تعلق الطفل بأحدوالديه راجع إلى أسباب جنسية، اللهم إلا اذا حاول الآباء أنفسهم استغلال الطفل لاشباع العامل الجنسى بدافع لاشعورى ، فقدذكرنا أن الطفل يحاول اكتشاف ما قد يفعله بهذا العضو ، واحتكاك الطفل بأحد الوالدين عن طريق الضم والتقبيل يؤدى الى اجتلاب الطفل للذة عن طريق هذا العضو . ويتوقف تكون هذه العقدة على شعور الابوين نحوعاطفةالطفل تجاههما، فقد لايسترعى انتباهه ويمر على أنه أمر عادى ، وقد يحدث العكس ، مما يؤدى الى تثبيت هذه النزعة فى الطفل .

الا أن هذا النقد لاينتقص من أهميه نظرية فرويد ، فلا شك أن مراحلها تنطبق على مراحل النمو الجنسى فى الثقافة الغربية والثقافات المماثله .

ويتشكك المحللون المحدثون فى اللذة المصاحبة لكل مرحلة من المراحل ، ويرون أن المشكله تنحصر فى العلاقات الانسانية بين الطفل ووالديه واختلافها وتنوعها فى كل مرحله منها . ويرجع الفضل الى فرويد فى بيان أن الطفل المدلل

يجد لذة فى جسمه ووظائفه المختلفة ، وقد يعكف الطفل على هذه اللذة التى تدور حول نفسه إذا ما كان تعسا فى حياته .

وليس هناك أساس على سليم الزعم الذى يقول بأن الانحرافات الجنسية موروثة أو متوقفة على التكوين الجسمانى دائما . وما يسمى بالانحـــرافات الجنسية ليس إلا خـــبرات تمر بحياة فرد فى الواقـع أو فى الخيـال . إلا أنهـا قد تـكون النمط السـائد لبعض الأفراد ممن ينعتـــون بالانحراف أو الشذوذ .

وما دامت الانحرافات الجنسية ليست إلا نكوصا إلى مرحلة من مراحل النمو فى الطفولة والجمود عليها ، فكل فرد عرضة لهذه الانحرافات بحكم مروره فى نموه بهذه المرحلة . وتتـكون الانحرافات لمصادفة خبرات جنسية قاسية أدت به إلى النـكوص إلى مرحلة من مراحل الطفولة . والقاعدة فى التحليل النفسى هى أن الفرد الذى ينكص إلى مرحلة جنسية من مراحل الطفولة يعتبر منحرفا جنسيا . أما المنحرفون الذين يلجأون إلى حيل دفاعية أخرى بعد نكوصهم فيعتبرون مرضى بالعصاب النفسى . ومما لا شك فيه أن هناك بعض المنحرفين جنسيا من تنطبق عليهم هذه القاعدة ، وهـؤلاء يتميز سلوكهم بالطفلية ، لا فى الناحيـة الجنسية فقط ، ولـكن فى كل أنماطه ، غير أن هناك من المنحرفين جنسيا من لا توجد لديهم سوى طريقة واحدة لاشباع الدافع الجنسى ، إذ تتركز عندهم الطاقة الجنسية فى إتجـاه واحد يتصارع مع الاتجاه العادى الذى يقوم ضده عائق مـا ، وتـكون العملية الجنسية المنحرفة وسيلة للتغلب على هذا العائق .

وكان فرويد يرى أن المنحرفين لا يعانون من الصراع النفسى أو الـكبت ،

لأنهم ينفسون عن الدافع الجنسى و يجدون سبيلا لتحقيق اللذة ، فليس هناك من حاجة إلى تحليلهم نفسيا ، لأن التحليل لن يجدى معهم . إلا أن الخبرة التى استمدها المحللون من الحالات التى وردت اليهم ، أثبتت أن المنحرفين جنسيا مثلهم كمثل المرضى بالعصاب النفسى يعانون من الكبت ، فعندهم عقدة أوديب والقلق من الخصى .

والفرق بين العصاب النفسى والانحراف الجنسى أن أعراض العصاب النفسى ليست مشبعة للدافع الجنسى ، بينما تعتبر من عناصر الجنسية الطفلية فى الانحراف. وبينما يعانى المريض بالعصاب النفسى من القلق الناتج عن الخوف من التعبير عن الانفعالات الذاتية ، نجد أن المنحرف جنسيا لايعانى من مثل هذه الأنواع من القلق . ويرى كنزى الذى درس السلوك الجنسى للرجل والمرأة دراسة مستفيضة فى أمريكا أن الانحرافات لاتعنى إضطراب أصحابها نفسيا ، أو مرضهم بمرض عصاب نفسى أو مرض عقلى ، فكثير منهم يتكيف إجتماعيا ، كما أن الانحرافات ليست أنماطا من السلوك منفصلا بعضها عن بعض ، وليست الفئة المنحرفة جنسيا فئات مختلفة ، إنها الانحرافات أنماط من السلوك متدرجة : أى تختلف فى درجتها ، ويمكن ترتيبها تنازليا أو تصاعديا تبعا للدرجة ، وهو لايرى تسميتها بالانحرافات بل يرى الاستعاضة عن ذلك بتسميتها بالسلوك النادر ، أو السلوك الأكثر شيوعا ، فاذا كان السلوك الجنسى الأكثر شيوعا هو ميل الرجل للمرأة ، والأقل شيوعا هو ميل الرجل لرجل مثله فلا يعنى هذا أن الاستعداد لذلك غير موجود فى كل الافراد .

أنواع الانحرافات الجنسية

الجنسية المثلية :

ويقصد بها إتجاه الدافع الجنسى فى الفرد إلى فرد من جنسه ، فلا يميل الرجل جنسيا إلا إلى رجل مثله ، ولا تميل المرأة جنسيا إلا إلى إمرأة مثلها ، وقد يلعب أحد الرجلين فى مثل هذه العلاقة دور المرأة والآخر دور الرجل ، كما تلعب إحدى المرأتين دور الذكر وتلعب الأخرى دور الأنثى . وقد يكون الإتصال الجنسى باللواط والسحاق ، وتبادل لمس الأعضاء التاسلية باليد أو بالفم أو بمجرد الاستلطاف والاستظراف والحب الأفلاطونى الذى قــد لا يتعدى الإتصال الجنسى فيه حد القبل. وقد وجد كنزى فى دراسته للسلوك الجنسى للرجل الأمريكى أن غالبية الرجال كانت لهم خبرات جنسية مثلية فى تاريخ حياتهم . وأن حوالى ٥٠ ٪ من الرجال الذين لا يتزوجون حتى سن الخامسة والثلاثين يثبتون على هذا الإنحراف ، وأن حوالى ٦٠ ٪ من الصبيان لهم نشاط من هذا النوع قبل المراهقة . أما النساء فقد وجد أن النسبة بينهن تبلغ حوالى ٣٣ ٪ ممن كانت لهن خبرات من هذا النوع ، وأن حوالى ٢٥ ٪ ممن لا يتزوجن حتى سن الخامسة والثلاثين يثبتن على ذلك .

وتجمع كثير من الكتب الأجنبية على أن نسبتها بين العرب ومعتنقى الديانة البوذية أعلى من ذلك بكثير ، نظراً لتحريم الإختلاط بين الرجال والنساء ، إذ ثبت أن نسبة ممارسة هذا السلوك ترتفع فى الظروف التى تؤدى إلى حياة جماعة من الرجال وحــدهم مدة طويلة ، بعيدين عن الجنس الآخر ، وهـذا ما يعلل به إنتشار الجنسية المثلية فى الجيوش والسجون والمدارس الداخلية وفى المدارس التى لا يختلط فيها الجنسان .

ومما يجب ملاحظته أن النسب التى يقدر بها مدى إنتشار هذا السلوك مشكوك فى صحتها ، ويرى المختصون أنها قد تكون أعلى من ذلك ، لأن من يسلكون هذا المسلك لا يكشفون الستار عن أنفسهم أثنـــاء البحث العلمى ، خوفا من عقاب المجتمع لهم وحرمانهم من كثير من الوظائف والأعمال .

والجنسية المثلية - إذا تركنا الأحكام الخلقية جانبا - سلوك عام فى كل الأفراد يختلف فى درجته من فرد إلى فرد ، إذ أن مجرد الرغبة فى مصاحبة أفراد من نفس الجنس ومصادقتهم تعتبر جنسية مثلية تختلف فى درجتها عن معاشرة الفرد جنسيا لفرد من نفس جنسه ، مع عدم إختلاف هذين النمطين من السلوك عن بعضهما فى النوع . ولا شك أن ثقافتنا لا تنتقد كثيراً من أنواع السلوك التى تعتبر جنسية مثلية مع عدم وجود الاتصال الجنسى فيهـا ، فكثيراً ما يفضل بعض الرجال أصدقاءه ورغباتهم على زوجته ورغباتها ، وقد تبرر الثقافة له هذا المسلك وتمتدحه فيه ، فيوصف الرجل بأنه رجل حقـا وبأنه لا تسيطر عليه زوجته ، وكثيراً ما يتعفف الرجل عن البقاء مع زوجته وبين أولاده مفضلا قضاء الساعات الطويلة فى المقاهى مع أصدقائه ، وهذا يدخل أيضا فى نطاق الجنسية المثلية الشائعة التى قد لا تنتقدها الثقافة . وقد تشجع ثقافتنا مثل هذه الأنماط من السلوك بطريق غير مباشر بانتقادنا للعلاقات الغرامية بين الشباب وممانعتنا فى إختلاط الجنسين فى مراحل التعليم المختلفة خوفا مما قـــد ينتج عن ذلك من أضرار ، متغافلين عن الأضرار التى تحدث فعلا سواء فى مدارس البنين أو مدارس البنات ، من تعلق البنات تعلقا غراميا ببعضهن أو بمدرساتهن تعلقا لا يخلو من الجنسية التى قد تؤثر فى مدى تكيفهن للحياة الزوجية فى المستقبل ، وكذلك الحال فى مدارس البنين ، وكأننا قد ارتضينا - عن غير عمد - للفتاة أن تفقد أنوثتها وللصبى أن ينحرف دون خشية ، بينما نخشى على الفتاة وعلى الرجل من اتصال أحدهما بالآخر .

ويرى علماء النفس أن الضرر الإجتماعى الناجم عن الجنسية المثلية الكامنة ، الموجودة فى كل فرد تقريبا بدرجات متفاوتة ، أخطر من ضرر الجنسية المثلية التى يكون فيها إتصال جنسى فعلا ، لأن الشخص الذى يمارسها فعلا تنعدم لديه المشاكل التى تؤدى إلى الصراع النفسى ، إلا تلك التى يسببها المجتمع له بإنتقاده لسلوكه والقيود التى يضعها حوله ، أما الشخص الذى يعانى من الجنسية المثلية الكامنة ، فلديه صراع حاد يؤدى إلى شعوره بالقلق من خطر لايعرف مصدره، وقد يصل الخوف من وجود هذه النزعة الكامنة فيه إلى حد الفزع فيلجأ إلى حيل دفاعية منها القسوة الشديدة مع أفراد الجنسين ما دامت القسوة عنوانا للرجولة والغيرة على النساء أو منهن وانتقادهن ، كما قد يعكف على مزاولة الألعاب الرياضية العنيفة كالمصارعة والملاكمة لإثبات رجولته ، أو يندفع فى تيار الشهوة الجنسية فينتقل بين أحضان النساء مفاخراً مباهياً بقوته على قهرهن ومدى طاقته الجنسية فى اشباعهن ، كما قد تكون العادة السرية من الحيل الدفاعية التى تساعده على الهروب من هذا الصراع .

وقد تعبر هذه الظاهرة عن نفسها بشكل جمعى فى الجماعات الدينية المتزمتة التى تحارب المرأة وحقوقها بدعوى الدين ، كما يعزى إلى هذه النزعة الشجار المستمر بين جماعة من الأصدقاء يقيمون فى مكان واحد دون وجود نساء فى حياتهم .

والإتجاه الحديث فى تفسير أسباب هذا الانحراف هو إعتباره سلوكا متعلما من الثقافة ويتوقف إلى حد كبير على خبرات الفرد فى بيئته . ويتشكك الباحثون فى الرأى القائل بأن هناك أساسا وراثيا أو أساسا بيولوجيا له ، فمن الثابت أن كلا من الهرمونات الذكرية والأنثوية موجودة فى كل من الرجل والمرأة

بنسب متفاوتة ، إلا أنه لم يثبت قطعاً أن زيادة نسبة الهرمونات الذكرية فى المرأة قد تؤدى إلى إنحرافها ، أو أن نسبة زيادة الهرمونات الأنثوية فى الرجل قد تؤدى إلى انحرافه ، كما أنه لم يثبت قطعا أن خنوثة الرجال وذكرية الميول فى النساء ـ مما اتخذ أساسا لعمل الإختبارات التى تقيس درجة الرجولة والأنوثة فى النساء والرجال ـ بينها وبين الإنحرافات الجنسية ارتباط ، فقد يكون الرجل مخنثا فى ميوله مع تفضيله للنساء دون غيرهن فى العملية الجنسية ، وقد تكون المرأة ذكرية فى ميولها مع تفضيلها للرجال دون غيرهم .

حالة :

من الحالات التى عرضت للمؤلف حالة رجل فى سن الثامنة والثلاثين مثقف ثقافة عالية ويشغل وظيفة محترمة . سعى للعلاج من الشذوذ الجنسى . إذ كان يعانى من الجنسية المثلية .

نشأ فى الريف لأب مزارع على حظ من الثقافة الدينية . كان له أخت وأخوان أصغر منه أحدهما فلاح والثانى طالب بالمرحلة الثانوية . الأم ريفية نعتها بالجهل وعبر عن كراهيته لها أحس بهذه الكراهية حين اكتشف فى طفولته مبكراً علاقتها الجنسية مع والده فنشأ يحتقرها مع شعوره بحاجته لحبها وكانت عاجزة عن إعطائه هذا الحب ويبدو أن الأب كانت لديه حساسية خاصة من ناحية الشذوذ الجنسى إذ يذكر أن والده هو الذى فتح ذهنه إلى ظاهرة الشذوذ الجنسى، إذ كان كلما خرج الى اللعب مع الأطفال حذره من اعتدائهم عليهم جنسيا مما كان لا يفهمه . ويذكر أنه تغيب مرة حتى المساء فى اللعب مع الاطفال ، فاستقبله الأب بغضب بالغ ، وفى حالة من الهلع ، وسأله عما اذا كان الاطفال قد فعلوها معه ، بل خلع عنه سرواله ليتأكد من أنه لا توجد جروح فى استه ، وليطمئن

بأن الإعتداء عليه لم يتم ... فنشأ حساسا لهذه الناحية ، ولديه خوف شديد من أن يتم الاعتداء عليه .

وهو فى سن العاشرة ، وذات مساء وكان ينام مع عمة تكبره اذ كانت آنذاك فى سن السابعة عشرة ، استيقظ ليجدها خالعة سروالها وتمسك بعضوه التناسلى وتحكه فى عضوها ، فشعر بالتقزز من العملية ، كما شعر بالألم من الحك فى شعر عانتها . ولمـــا احست باستيقاظه ابعدته عنها ، وكانت جافة فى معاملته فى اليوم التالى .

أرسله أبوه الى المعهد الدينى فى المدينة المجاورة ، وكعادة أهل الريف ، فى صحبة عدد من أبناء أهل القرية المتفاوتى الاعمار . ونظرا لحساسيته للاعتداءات الجنسية كان حذرا ألا ينام بجوار أى أحد ومرت المرحلة الابتدائية بسلام ، وانتقل ليتم المرحلة الثانوية الى المعهد الموجود بعاصمة المحافظة . وفى السنة الثالثة وسنه تسعة عشر عاما كانت أول خبرة جنسية مثلية له ، اذ وقع فى غرام صبى معه فى المعهد سنه ثلاثة عشر عاما ، وصفه بأنه كان أبيضا وذا شعر أصفر وعيناه ملونة . وراود الصبى عن نفسه بعد أن وطد معه الصداقة ، وليغريه على الرضا تمت بينهما مساومة هى أن يكون الصبى الفاعل الاول . وقام الصبى بالعملية الجنسية وحين جاء دوره وجد نفسه عاجزا فاقدا لقواه الجنسية والجسمانية . واستمر الحال على هذا المنوال طيلة ذلك العام والصبى يمارس معه العملية الجنسية ، ورغم عدم شعوره بأية لذة جنسية الا أنه كان سعيداً بهذه العلاقة ويشعر بالامان لأن الناس لن يتشككوا فى رجولته لشعوره بأنه دميم والآخر جميل بالاضافة الى أنه أكبر سنا ، وليس من المعقول أن يظن الناس به الظنون فى ضوء هذه الظروف فيرون أنه المخنث والآخر هو الرجل . وفى العام التالى فصمت العلاقة بينهما لإنتقال الصبى

الى بلدة أخرى . فانهار عصبيا وضاع منه ذلك العام يتنقل من طبيب الى طبيب من أطباء الامراض العصبية لعـــلاج ما يشكو منه ومعظمها كانت أعراض نفسجسمية تتمركز فى الجهاز الهضمى والجهاز التنفسى عاد الدراسة وأنهى المرحلة الثانوية دون أى خبرات جنسية سوى مزاولة العادة السرية التى كان الخيـــال المصاحب لها تصوره للصبى الذى كان صديقه يعتدى عليه جنسيا .

ورحل الى القاهرة والتحق بالجامعة الازهرية . وبدأ يشكو من تضخم فى البروستاتا عزاه الى افراطه فى ممارسة العادة السرية . وتطلب الامر التردد على الوحدة العلاجية لتدليكها . ويذكر أنه لأول مرة يشعر باللذة الجنسية من عملية تدليك البروستاتا ، علما بأنه لم يكن يشعر بهذه اللذة أثناء خبرته مع صديقه فى المرحلة الثانوية.

وفى السنة الثالثة فى المرحلة العالية وفد عليه صديق من قريته قضى معه الليلة فى مسكنه ، بدأ الهزر وهما فى مرقديهما بما اسماه بالمفاخذة التى انتهت باعتداء الضيف عليه جنسيا . وفى هذه المرة شعر بلذة جنسية فعلية . وكانت أول خبرة من نوعها وآخرها اذ لم يمارس العملية الجنسية مع أحد بعدها أبداً . وقد أبعدته هذه الخبرة عن التردد على قريته فترة من الزمن خوفا من مواجهة شريكه فى العملية وخشية ما قد يكون قد أشاعه عنه . والاسلوب الجنسى الوحيد الذى اعتاد عليه هو العادة السرية المصحوبة بتخيله لاى شخص يعتدى عليه جنسيا.

انتمى الى احدى الجماعات الدينية السياسية المتطرفة وشارك فى عنفها لعله ينسى مشكلته وسجن وأفرج عنه ، والتجأ الى التصوف والتعبد لعله يجدمهربا دون جدوى . التجأ الى أكثر من اخصائى نفسى ودجال ، وقرأ كل ما كتب فى علم النفس باللغة العربية . ولما سعى للمؤلف للعلاج كان يحاول التأكد مما اذا كان من

الممكن علاجه وبالتالى الزواج واقامة بيت وانجاب أطفال . ولما كان عمله يحتم عليه الاختلاط بالشباب ، ويجد أحيانا الرغبة فى مراودة أحدهم فهو يخشى أن ينكشف أمره . ومما يحرجه أن كثيراً من زملائه فى العمل يفاتحونه فى ضرورة الزواج خاصة وأنه فى السن التى يجب أن يتزوج فيها ولايجد مبرراً معقولا يسوقه لهم ، وكلما كان فى خلوة مع رجل شعر بالحاجة الى أن يقفز من النافذة والانتحار .

يعيش وحده ولما حضر أخوه الصغير ليعيش معـــه ليستكمل دراسته شعر بقسوته على أخيه وشكه فيه فى أن يكون شاذاً مثله فتركه الشقيق نافـــرا ليعيش وحده .

ونود أن نشير فى هذه الحالة إلى العناصر التالية :

١ ـ علاقته بالام .

٢ ـ اكتشافه للعملية الجنسية بين ابيه وامه وخبرته مع عمته .

٣ ـ معاملة الاب وخوفه من أن يُعتدى على ابنه .

٤ ـ علاقته بالصبى وانهياره العصبى بعد فصم العلاقة.

٥ ـ خبرة تدليك البروتستانتا والخبرة مع الضيف .

٦ ـ التزمت الدينى والانتماء إلى جماعة دينية متطرفة .

٧ ـ التعمق فى القراءات النفسية .

٨ ـ النزعات الانتحارية .

٩ ـ الخيال المصاحب للعادة السرية .

حـالة ب :

هذه الحالة لشاب فى سن التاسعة والعشرين يحمل مؤهلا متوسطا ،وكان يعمل عملا فنيا فى إحدى الشركات . تورط أكثر من مرة أثناء الورديات الليلية باغراء العمال بالاعتداء عليه جنسيا وإفتضاح أمره مما اضطر الشركة إلى نقله لأكثر من فرع من فروعها ثم طرده . ونظرا لأن طرده كان يتم دون إثبات لوقائع مادية فإن الشركة أضطرت لإعادته ، وأخيرا أبعدته عن وحدات إنتاجها بإعطائه عملا إداريا فى الاسكندريه يقل فى مكانته الأدبية عن العمل الذى كان يقوم به .

يشكو من إضطرابات نفسجسمية إذ يعانى من إسهـــال مزمن والتهاب فى القولون . وكانت هذه الامراض مما يتخذه ذريعة للاجازات المرضية . وقـد احالته الشركة لطبيب اخصائى أمراض عصبية ، صـارح الطبيب بشذوذه فتقزز الطبيب عنه وأصبح بعد إعتدائه له يعامله بجفاء ، فلم يجد العلاج الطبى معه .

عانى من إمتهان زملائه له ومن إمتهان العمال حتى من أولئك الذين يمارسون معه العملية الجنسية إذ يضربونه ويهينونه. ومع أنه يشعر بالألم فى العملية الجنسية سواء من عملية الايلاج نفسها أو من عض الفاعلين له فى كتفيه الممتلئين بالجروح والـكدمات فإنه يسعى بنفسه إلى اصطياد الرجال لمزاولة العملية معه لم يكن له علاقات ثابتة ومستمرة مع واحد بعينه إلا فى أحد فروع الشركه حيث توطدت علاقته مع عشيق قال عنه أنه الوحيد الذى كان يحترمه ولا يعامله بقسوة . ذكر أنه كان لذلك يضحى من أجله . إذ كان يكلف نفسه مالا طاقـــة له به أحيانا ليسافر اليه بعد نقله من الفرع . وهذا الصديق بعيد عنه جداً حاليا ولـكن هذا لن يمنعه من الذهاب اليه .

لم يفـكر فى العلاج من حالته بيد أنه لما فصل من العمل علمت أمه من زميل

له فى الشركة بسبب فصله فخرت مريضة ، ولما واجهته بالأمر أنكر طبعا إنكارا تاما . ولأول مرة يحس بالعار ويرغب رغبة أكيدة فى الشفاء .

كان الاب موظفا كبيرا فى أحد التفاتيش الملكية ، وكانت إدارات هـذه التفاتيش تبنى فى وسط المزارع تحيط بها مساكن الموظفين فتكون شبه مستعمرة للموظفين وعائلاتهم ، فيلعب الابناء سويا ويشبون معا .

هو الثالث بين إخوته ، له أخ وأخت أكبر منه تليه بنت وولدين . وصف حياته وهو طفل فى أحد هذه التفاتيش بإنها كانت طيبة يحنو عليهم الأب والام إلى حد التدليل . وكان أخوه الأكبر قاسيا عليه يلعب مع الاطفال الكبار وينبذه . وكانت صديقته وزميلته أخته الاصغر منه . بدأ الاعتداء الجنسى عليه وعلى أخته معا وفى وقت واحد حين استدرجها الاطفال الاكبر منها ليلا للعب فى أحد مخازن التبن . وصار الامر بالنسبة له عادة . وأصبح معروفا بين أبناء التفتيش ممن هم فى سنه ومن هم أكبر منه والآباء فى غفلة يستغلون معه الترغيب أحيانا والإكراه أحيانا أخرى لممارسة العملية الجنسية معه . وظل الامر على هذا الحال فى المرحلة الابتدائية والمرحلة الإعدادية ولما التحق بمدرسة المرحلة الثانوية أصبح هو يسعى إلى من يعتدى عليه جنسيا . وصف نفسه بأنه كان يشعر دائما بأنه قبيح المنظر ، وأنه كان دائما جبانا يخاف من هم أكبر منه ، وضعيف جسمانيا ويعزو هذا إلى معاملة أخيه الاكبر له . عرف أخوه بشذوذه وهو فى المرحلة الثانوية فزادت قسوته عليه . ورغم تعلقه بأخته الأصغر منه فقد أحس بالغيرة الشديدة منها لما تزوجت . له خبرات جنسية حديثة مع بعض العاهرات بمجاراة لزملائه الذين يسكن معهم حاليا والذين لايتشككون فى أمره . ويسكن معهم مؤقتا حتى يجد مسكنا مستقلا . وهو حريص على ألا

ينفضح أمره بينهم ، وإن كانت تعوزه الثقة فى نفسه نتيجة لتاريخه الطويل . نام أحدهم بجواره ذات ليله لإزدحام المكان بالضيوف وكان سعيداً فى اليوم التالى أن الليلة قد مرت بسلام، وهو يتخذ ذلك دليلا على إمكانية شفائه

ومن أطرف ما حدث له ومما يشككه فى كل الناس ويعتقد أنهم جميعا شواذ أنه وقع فى غرام طالبة إبنة أحد موظفى الشركة واحبته وتقدم لخطبتها من أبيها فجاراه الأب مشترطا عليه أن يعتدى عليه جنسيا أولا . وتم الإعتداء ولكنه لم يزوجها له . يحتفظ بصورتها معه ، ويأمل إذا شفى أن يعاود الكرة ، ولازال يكاتب الاب الذى طلب منه فى آخر خطاب أن يستعد لإستقباله فى الإسكندرية لأنه يعتزم التصييف عنده .

يمارس العادة السرية بإفراط وخياله فيها كما فى الحالة السابقة تصوره لمن يعتدى عليه جنسيا والقذف المصاحب لهذه الصورة .

ولعل أهم العناصر التى نود إبرازها فى هذه الحالة .

١ ـ الإعتياد وإهمال الآباء فى الرقابة . لاحظ أهمال الاباء فى هذه الحالة ، وحرص الأب الزائد فى الحالة السابقة ونتيجة كلا منهما واحدة .

٢ ـ الشعور بالجبن والشعور بالدمامة والشعور بالضعف .

٣ ـ السعى الحوازى لإصطياد الرجال رغم التعرض للامتهان والاذى والفضيحة .

٤ ـ الاضطرابات النفسجسمية :

٥ ـ العاده السرية والخيال المصاحب لها .

٦ ـ الرغبة فى العلاج بعد إكتشاف الام للامر والامل فى الزواج .

ويلاحظ أنه رغم وجود عناصر مشتركة بين الحالتين السابقتين إلا أن لكل

حالة منها خصائصها وظروفها . وقـــد اخترنا هاتين الحالتين بالذات لنبين قوة الضبط فى الحالة الأولى وعدم التورط إجتماعيا، وضعف الارادة فى الحالة الثانية وضعف الضبط والانتحار الإجتماعى والمهنى .

ولا يمكن أن نعزو الشذوذ فى هاتين الحالتين إلى عوامل وراثية أو تكوينات جسمانية معينة إذا استثنينا الاضطرابات النفسجسمية المشتركة إذ كان كل منهما يتمتع بتكوين جسمانى سليم . بل إن صاحب الحـــالة الثانية كان يعجب من أن عضوه التناسلى أكبر بكثير من أعضاء عدد ممن مارسوا معه العملية الجنسية . والواقع إنه فى تحليل هاتين الحالتين سوف يجـــد معتنق التفسير الفرويدى ما يدعو إلى تفسيرهما فى ضوء عقدة أوديب وعقدة الخصى والتقمص المقلوب ، وسوف يجد أصحاب نظرية الذات مجالات للتفسير فى ضوء عدم وجود النموذج السليم لامتصاص الدور المناسب ، والفكرة الخاصة التى يستقيها الشاذ جنسيا من معاملة من هم حوله وكراهيتـه لنفسه . وهكذا سوف يجد صاحب كل نظرية ما يؤكد نظريته ... وهذا يؤكد لنا أنه يوجد أكثر من تفسير وأن المشكلة كأى مشكلة إنسانية أكبر من أن يفسرها رأى واحد . وغنى عن الذكر أن كثيرا ما يوصف الشواذ من هذا النوع بالسيكوباثية .

العادة السرية :

وتطلق على كل استثارة لمسية ذاتية تؤدى إلى اللذة الجنسية . فقـد تـكون الإستثارة بلمس الأعضاء التناسلية باليد أو بالضغط عليها بأى شىء آخر . ومن الخطأ اعتبارها انحرافا جنسيا ، إذ هى عامة يمارسها الكبار والصغار . والنساء والرجال ، المتزوجون منهم وغير المتزوجين. وتنفى عموميتها عنها صفة الإنحراف أو الشذوذ ، فقد وجد كنزى أن نسبة من يمارسون العادة السرية من الرجال فى أمريكا هى ٩٢ ٪ ترتفع إلى ٩٦ ٪ بين شباب الجامعـــة ، وأن ٩٦ ٪ من

المتزوجين يمارسونها مرةعلى الاقل كل أسبوعين : أما فى النساء فهى منتشرة بينهن بنسبة ٦٢ ٪ ، كما أن غالبية النساء تشتق منها لذة جنسيةقدتفوق أى لذة يحصلن عليها من الإتصال الجنسى .

وقد نسب كثير من الأضرار إلى العادةالسرية كالعمى والسل ، والجنون ، وفقدان القدرة على أداء العملية الجنسية وغير ذلك . ويبدو أن فى هذا الكلام كثيراً من المبالغة وينتقد كنزى بعض علماء النفس والمعالجين النفسيين والاطباء الذين يقولون أنه لاضرر لها ، ثم يمحون فائدة هذا القول بالتعقيب عليه بقولهم بأن ممارستها قد تؤدى إلى تعودالفردعليها وعدم استمتاعه باللذة الجنسية فى الحياة الزوجية بعد ذلك مما لا يقوم على أساس علمى . فأقوالهم تدل على ترددهم وعلى مدى تأثرهم بالتراث الثقافى الذى لم يتمكنوا من التخلص منه ، ويبدو ذلك من الجهود التى يبذلونها لتشجيع الشباب فى العزوف عنها ، فيزيدون بذلك من حدة الصراع الذى يعانى منه الشباب لممارستها،ومشكلة الشباب التى يمارسها هى الصراع والشعور بالذنب اللذان يصاحبان ممارستها مما قــد يؤدى بالبعض إلى محاولة الإنتحار والصراع والشعور بالذنب لا أساس لوجودهما إلا فى الخطر الوهمى الذى تغرسه فيهم الآراء الخاطئة عنهذه العادة . وقد وجد كنزى فى دراسته التى أجراها على ٥٣٠٠ ذكراً أمريكيا أن ٥١٠٠ منهم لهم خبرة بالعادة السرية ، ولم تؤد هذه العادة معهم إلى أى ضرر يمكن ملاحظته ، اللهم إلا فى حالات نادرة كان أصحابها - أصلا - يعانون من أمراض عقلية . وقد ذكر أن لدية من الادلة ما يثبت أن آلافا من الاولاد يعيشون فى صراع دائم خوفا من خطرها ، بل ويحاول بعضهم الإنتحار نتيجة للتعاليم الخاطئة ، بينما غيرهم من الاولاد ممن لم تزعجهم ممارستها ،كانت هـذه العملية هى الملجأ الوحيـد لهم للاشباع الجنسى ، ولإزالة التوتر العصبى ، وقد عانى هؤلاء الاولاد الذين كبحوا زمام أنفسهم ،

و يتمكنوا من التنفيس عن الدافع الجنسى بطريقة ماخوفا من النقد أو لضعفهم بيولوجيا أو جسمانيا .

ولا تؤدى العادة السرية إلى حب العزلة أو الجنون أو الضعف الجنسى فى الزواج ولكن قد يحدث أن يكون المحب للعزلة أكثر استعداداً لمزاولتها من غيره ، كما قد تكون هذه العادة عرضا مصاحبا وليست سببا فى الإضطرابات النفسية والامراض العقلية التى يعانى منها الافراد . وينصب العلاج فى هـــذه الحالات لاعلى علاج العرض ولكن على علاج المرض الاصلى والصراع المصاحب له . ويرى البعض أن العادة السرية قد تكون سببا لإكتساب خبرات تمهد للنجاح فى الحياة الزوجية لا الفشل فيها .

ويجدر بى أن أشير هنا إلى الخبرة التى قد يمر بها بعض الشبان فيفقدون الثقة فى أنفسهم ويحسون فى أعقابها بالقلق ، وهذه الخبرة هى الفشل فى أداء العملية الجنسية فى أول محاولة لهم مع النساء أو فى محاولات تالية .فقد يعزو البعض ذلك إلى مزاولتهم للعادة السرية، وهذا رأى خاطىء إذ أن هذه الخبرة أمر عادى يبعث عليها الخوف من الفشل الذى يؤدى الى الفشل فعلا . كما أن لرهبة الموقف ولجدة الخبرة أثراً فى ذلك أيضا . ويرجع الفشل عادة الى عوامل نفسية قد تكون أعمق من ذلك ولا أثر للعادة السرية فيها .

ويعزو البعض سرعة القذف الى العادة السرية .وهذا رأى خاطىء أيضا ، اذ أن الرجال عادة أسرع وأسهل استثارة من المرأة وقد وجد كنزى فى دراسته أن حوالى ٧٥ ٪ من الرجال يتمون العملية الجنسية فى مدة لاتزيد عن دقيقتين ، وهذا الوقت لاتدخل فيه مدة المداعبة التى قد تطول أو تقصر تبعا لما تعود عليه القرينان أو أحدهما ، كما أن عدداً كبيراً لا تستغرق معه العملية أكثر من دقيقة

واحدة ، وأحيانا عشر ثوان أو عشرين على الاكثر . ومن الخطأ اعتبار هؤلاء مرضى بالعصاب النفسى أو غيره كما يعتقد بعض الإخصائيين النفسانيين ، فهذا أمر عادى بالنسبة لكثير من الرجال وان كان من الممكن أن يتعلم الرجل كيف يتحكم فى نفسه فيطيل العملية الى خمس دقائق بل ونصف ساعة أو أكثر . إلا أننا اذا عرفنا أن عدداً كبيراً من النساء تتطلب استثارتهن مدة طويلة جدا ، وأن عدداً كبيراً منهن لن يصل الى قمة اللذة الجنسية طيلة حياته، وجدنا أنه من التعسف مطالبة الرجل بالإنتظار حتى تتم للمرأة لذتها ، ودون ذلك خرق القتاد .

الانحرافات الجنسية الأخرى :

١ ـ النرجسية : أو عشق الذات :

ويقصد بها عشق الذات أو غرام الفرد بذاته واعجابه بنفسه وشكله وجسمه، ويتخذ هذا الفرد ذاته هدفا لإشباع دافعه الجنسى ، فيجمع الصور العديدة لنفسه عاريا أو فى أوضاع مختلفة، كما يقضى الساعات الطويلة أمام المرآة متزينا والها تيها واعجابا بنفسه ، ويكون الافراد من هذا النوع عادة محبين للعزلة، ويلوبون رقة وحساسية ، أو قد يتميزون بالبرود العاطفى وعدم القدرة على حب الغير ، فقد اتجه حبهم كله لأنفسهم فلم تعد هناك بقية منه لأحد. ويرى علماء النفس أنها حالة جمد فيها الفرد على المرحلةالقضيبية وأصبح لايجد لذة جنسية إلا فى العادة السرية.

٢ ـ الاستعراء :

يقصد بذلك كشف العورة علنا للنساء فى مكان عام مما يضفى على الفاعل لذة جنسية لا يجدها فى غير هذا الفعل . والمصابون بهذا الإنحراف عادة من الرجال المسنين ، وهم غالبا خجولون يعتريهم شعور بالعار مع فقدان القدرة على التحكم فى دوافعهم . ويفسر هذا الشعور بعدم حل عقدة أوديب وعقدة الخصى عند

الفرد . ومما يجدر ذكره أن الثقافة العربية وثقافتنا - إلى حد ما - تقبل مظاهر الاستعراء فى الفتاة فيما ترتديه من ملابس تكشف فيها عن ساقيها وتبرز مفاتن أجزاء جسمها المختلفة .

٣ - الانحرافات الفمية :

ويكون الفم فيهامصدر اشتقاق اللذة الجنسية كلمس الأعضاء التناسلية للمرأة بالفم ، وتلذذ المرأة بأن يتم الرجل العملية الجنسية فى فمها . ولا يعتبر كنزى هذين النوعين من الإنحرافات الجنسية إذا كانا ضمن اللعب الجنسى الذى يسبق العملية بين الرجل والمرأة ، إذ وجد ان أكثر من ٦٠ ./٠ من المتزوجين من بين المتعلمين فى أمريكا يقومون بذلك كتمهيد للعملية الجنسية نفسها، ويعتبران انحرافا حين تقتصر اللذة الجنسية عليهما . ويرى المحللون أن المنحرفين من هذين النوعين قد نكصوا إلى المرحلة الفمية الأولى وجمدوا عليها .

٤ - الأثرية :

ويقصد بها اتجاه الدافع الجنسى نحو أثر من آثار المرأة يرمز لها كالملابس الداخلية والأحذية والحلى وما شابه ذلك ، ومن مظاهرها إصرار البعض على أن ترتدى من تؤدى معه العملية الجنسية نوعا خاصا من الملابس أثناء العملية ، أو وجود رائحة خاصة ، أو ترتيب السرير وتزيينه بزينة خاصة . والمنحرفون من هذه الفئة قد يقعون فى مشاكل توقعهم تحت طائلة القانون لدخولهم المنازل أو المحال التجارية عنوة لسرقة بعض الأشياء أو الملابس التى تشبع دافعهم الجنسى ، وهؤلاء يعانون عادة من خوف كراهية النساء لهم وعدم رغبتهن فيهم ، فيجدون فيما يسرقون رمزاً لسيطرتهم عليهن ، وقد يكون المتاع المسروق بينه وبين عضو المرأة التناسلى شبه كقطعة الفرو أو القطيفة .

٥ ـ مرض السرقه :

وقد يعتبر الدافع إليه دافعاجنسيا وخاصة فى النساء ، ويعزوه النفسيون إلى عقدة غيرة المرأة من القضيب . وترمز السرقة حينئذ للرغبة فى تجريد الأب أو الرجل من سلاحه الذى يتميز به عليها .

٦ـ السادية والماسوكية :

وهما طريقتان لإشباع الدوافع الجنسية عن طريق الإيلام والتألم المتبادل . وتوجد السادية عادة فى الرجال ، إذ لن يجـــد هؤلاء لذتهم إلا بايلام الضحية وتعذيبها ورؤية دمها يسيل أحيانا . وتوجد الماسوكية عادة فى النساء ، ويقصد بها الرغبة فى الألم والعذاب على ايدى العاشق ، وتوجد السادية والماسوكية عادة متلازمتين فى الفرد الواحد . ولاتقتصر هاتان النزعتان على الناحية الجسمانية التى تسبق أداء العملية الجنسية بل تتغلغلان فى حياة الفرد العقلية فيصبغان كل سلوكه وأفعاله فى الحياة العامة وفى معاملاتهمع الناس. ويكون نكوص هؤلاء وجمودهم عادة على المرحلة الشرجية .

هذه بعض الإنحرافات الجنسية التى تؤدى إليها التربية الخاطئة وما يتبعها من كبت ونكوص إلى مرحلة من مراحل النمو الجنسى والجمود عليها ، ويجب أن نؤكد أن الشذوذ أمر نسبى يتوقف على الثقافة ومعاييرها ، فما قد يعتبر شاذا فى ثقافة ما قد لا يعتبر شاذاً فى ثقافة أخرى ، وإن كان الإتجاه الحديث يحدد مدى الشذوذ بمدى ما يتضمنه من صراع بصرف النظر عن المعايير الثقافية . كما يجب أن نؤكد أن السلوك الشاذ لا يختلف عن السلوك العادى فى النوع ولكن يختلف عنه فى الدرجة ، وليس هناك حد فاصل ليبين الدرجة التى تفرق بين السلوك الشاذ والسلوك العادى .

يضاف إلى الإنحرافات الجنسية التلصص على الغير أثناء أداء العملية الجنسية أو الإشباع الجنسى مع الحيوانات وتزين الرجال بزى النساء والعكس بالعكس .

ونحن لا نعرف مدى إنتشار مايسمى بالإنحرافات الجنسيةوغيرها فى ثقافتنا لانعدام البحوث العلمية فى هذا الميدان . ونحن فى حاجة ماسة إليها ، ولا شك أن هذه البحوث قد تكشف لنا الكثير من الخبايا التى قد يؤدى إيضاحها إلى تصحيح كثير من الأخطاء الشائعة حول الدافع الجنسى وتغيير وجهة النظر التى تنظر بها إلى ما يسمى بالإنحرافات .

الفرق بين الانحراف الجنسى والجريمه الجنسية :

من العرض السابق للانحرافات الجنسية نجد أن بعض القوانين تتسع لتجرم ما يعتبر شاذاً جنسياً ، بينما تضيق بعض القوانين الأخرى كالقانون المصرى مع تضمنها ما قد يعتبر شاذاً وما لا يعتبر شاذاً أيضا .

والواقع أن الكثيرين يخلطون بين الجريمة الجنسية والانحراف الجنسى ، ويوجد هذا الخلط حتى فى الكتب العلمية ، فقد يكون الفرد من مرتكبى جرائم الاغتصاب ومع ذلك قد لا يعد شاذاً جنسيا ، وقد يكون الفرد شاذاً جنسيا كالماسوكى الذى لا يجد لذة جنسية إلا إذا ألهب بالسوط ومع ذلك لا يرتكب جريمة من الجرائم الجنسية المنصوص عليها فى القانون .

ويعرف الشذوذ الجنسى عند البعض بأنه سلوك جنسى مضطرد يختلف إختلافا بينا عن السلوك السائد فى مجتمع من المجتمعات ويعتبر سلوكا مرضيا . غير أن تدخل المعايير القانونية ، والنفسية، والاجتماعية ادى إلى الخلط فى التعاريف

لذلك تعتبر العملية الجنسية التي يقوم بها الفرد شاذة إما طبقا للتعريف الاحصائي أو القانوني ، أو الثقافي ، أو من ناحية عدم القيام بالوظيفة التناسلية البيولوجية أو من ناحية الضرر الجسماني ، أو الضرر النفسي .

ويرى اليس Ellis أن كل هذه التعاريف فيما عدا التعريفين الأخيرين يبدو فيها عدم الاضطراد الداخلي أو عدم الاتفاق مع المنطق. فالتلصص الجنسي (الرغبة في رؤية الغير يقومون بالعملية الجنسية أو رؤية الأعضاء الجنسية للغير سراً) والاحتكاك الجنسي بأفراد الجنس الآخر في الزحام تعتبر من الانحرافات الجنسية غير أنها من الناحية الاحصائية تسود بين كثير من أفراد المجتمع . والاغتصاب وأداء العملية الجنسية بالإيلاج في العضو التناسلي ولكن في أوضاع غير الوضع المعتاد يعتبر شذوذاً إحصائيا لقلته غير أنه نادراً ما يعتبر شذوذاً جنسيا .

كما أن التعريف القانوني والثقافي للانحراف فيه ثغرات تبين عدم الاضطراد وعدم الاتفاق مع المنطق لأنه لا يوجد قانون في أغلب المجتمعات يعاقب فرداً لا يتوصل إلى اللذة الجنسية إلا إذا الهب بالسوط أو طلب من الشريك في العملية الجنسية إهانته وسبه على الرغم من إجماع كتب الطب النفسي على أن هذا إنحراف جنسي ما سوكي . كذلك على الرغم من أن معظم قوانين العالم ومعظم المجتمعات تعاقب البغي وتنتقدها لا يوجد اخصائي نفسي أو اخصائي في الطب العقلي يعتبرها شاذة لمجرد ممارستها تجارتها .

أما من ناحية تعريف الإنحراف من وجهة النظر البيولوجية وعدم أداء وظيفة التناسل فيؤخذ على هذا الرأي رغم تمسك كثير من رجال الدين به أنه طبقا لمعاييره كل رجل يجامع زوجته مستخدما موانع الحمل الميكانيكية شاذاً جنسيا .

ونظراً لأن التعاريف الاحصائية والقانونية والثقافية والبيولوجية التناسلية تقوم عليها كثير من الاعتراضات يحاول العلماء حاليا وضع محكات مقبولة وأكثر موضوعية لتشخيص الانحراف الجنسى . ويرى اليس أن التعريف الذى يبدو أن الكثيرين بدأوا فى تقبله هو « أن الشخص يعتبر منحرفا جنسيا إذا كان يقوم بانتظام وبدون منطق ـ بسحق إهتماماته الجنسية ـ أى أنه يضر نفسه ـ دون سبب معقول جسمانيا أو نفسيا بالاندماج فتشيا * فى عمليات جنسية معينة، أو الامتناع مقاوما الفتشية عن القيام بعمليات جنسية معينة » .

ويعلق اليس على هذا التعريف بأنه كغيره من التعاريف توجه إليه الانتقادات من كثير من علماء الجريمة والنفس والطب عقلى ، غير أن الاتجاه يميل إلى زيادة تقبله . وطبقا لهذا التعريف كما يرى اليس يعتبر الفرد شاذاً إذا كان فى كل الظروف لا يتمتع إلا بشكل واحد خاص من أشكال النشاط الجنسى ، أو إذا كان جامداً وبشكل حواذى على نمط واحد من أنماط السلوك الجنسى ، أو إذا كان مرتبطا برباط جامد وبخوف إلى شكل واحد أو شكلين من أشكال المشاركة الجنسية ، أو إذا كان يصر وبشكل غير منتظم وضد نفسه فى الاستمرار فى عمليات جنسية تحطم كيانه .

والمنحرف جنسيا بالتالى إما أنه يقوم بكف نفسه بشكل غير مناسب ويقتصر لفزعه فى نشاطه الجنسى على طرق محدودة ، أو أنه لا يقيد نفسه معطيا ذاته فيندمج فى سلوك يؤدى به إلى عقوبات قانونية أو شخصية وخيمة . ومعظم المنحرفين جنسيا لا يجذبهم إلا نوع معين أو يعزفون عن نوع معين من المثيرات الجنسية

* الفتشية : نوع من الانحراف الجنسى يستبدل فيه الموضوع الجنسى السوى بموضوع آخر متعلق به وإن كان غير ملائم للاشباع الجنسى السوى .

(فالسادى لاينجذب عادة إلا لمن سوف يخضع له ، ولن ينجذب أصحاب المثلية الجنسية مع الصبية إلا إلى الصبية) ويعزف أصحاب الجنسية المثليـة عن مجرد التفكير فى اتيان العملية الجنسية مع امرأة . ويلاحظ أن معظم المنحرفين جنسيا من النوع المنجـذب والنـــوع العازف يستمرون فى ممارسة شـذوذهم دون الإحتكاك بالقانون .

ويحـاول اليس التمييز بين الشـذوذ الجنسى وبين مايسمى بالممارسة الجنسية « غير الطبيعية » والتى يقصد بها غالبا ممارسة العملية الجنسية بين ذكر وانثى من البالغين وبموافقة كل منهما فى فتحات غير الفرج ، فيقول « إنه على الرغم من أن أى فرد لايتمتع باللذة الجنسية إلا إذا كانت فمية أو شرجية ويعزف تبعا لذلك عن اتيان العملية الجنسية فى الفرج حين تسمح الظروف بها يعتبر شاذاً جنسيا ، غير أنه لايمكن بأى حال من الأحوال أن تقول أن أى فرد يتمتع بأداء العملية الجنسية فى غير الفرج متعة تعادل متعته بأدائها فى الفرج منحرفا أيضا . بل الواقع من وجهة النظر النفسية ، يحق القول بأن بعض الأفراد الذين يقومون بالعملية الجنسية بالطريقة المألوفة وحدها والذين لن يحاولوا تحت أى ظرف أداء العملية مع المرأة بغير هذا الشكل مصابون بالخوف والجمود ، ويعتبرون بطريقة مخففة شواذا أيضا » .

ونحن لانجرد اليس فى هذا القول مع تحفظاته كاشتراط موافقة الشخصين (الذكر والانثى) وأن يكونا بالغين، ووجود الظروف الخاصة ، والتمتع باتيان العملية فى الفرج... الخ . من تأثره بثقافته الغربية ومن الحالات الاكلينيكية التى عرضت عليه، إذ أدى إنتشار الممارسات الجنسية غير العادية بين الذكور والاناث فى المجتمع الغربى، ورغبة الممارسين لها من التخفيف من حدة الصراع والشعور بالذنب المصاحب لهذه

الممارسات إلى محاولة كثير من علماء النفس والمتخصصين فى الأمـور الجنسية إلى التخفيف من حدة الصراع والشعور بالذنب بتبريرها على أنها ليست عادية ما دامت تتساوى لذتها عند ممارستها بلذة العملية الجنسية بالطريق المعتادة هذا بالإضافة إلى أن الصدفة التى تجمع بين رجل وامرأة يتقبل كل منهما مثل هذه الممارسات دون مجاملة للشريك الآخر ، ودون ألم نفسى لأحدهما إحتمالاتها قليلة خاصة فى المجتمعات التى يلعب فيها الدين دورا كبيرا . وإن كان كنزى كما سبق أن بينا فى حديثنا عن الانحـرافات الفمية لم يذهب إلى هذا الحد من التطرف واعتـبر الملامسة الفمية فقط عادية إذا كانت من اللعب الجنسى السابق لاتيان العملية بالطريق العادى.

والخلاصة أنه ليس من الضرورى أن يكون مرتكبوا الجـرائم الجنسية من المنحرفين جنسيا أو المضطربين نفسيا .فجريمة الزنا على سبيل المثال ليس من الضرورى أن يكون الزوج الخائن فيها أو الزوجة الخائنة من أولئك الذين يعانون من الشذوذ أو الاضطراب النفسى . كذلك ممارسة العملية الجنسية مع فتاة دون السن القانونى، ليس من الضرورى أن يكون الجانى فيها من أولئك أيضا اللهم إلا إذا كانت هواية تمارس مع مثل هذا النوع من الفتيات رغم ما فيها من خطورة.

ويفرق العلماء بين المجرم المنحرف جنسيا ، والمجرم المنحرف نفسيا ، فيرى البعض أن المجرم المنحرف جنسيا فرد يقترف الجريمة الجنسية لأنه مدفوع بخوف أو قهريا لإرتكاب هذا السلوك المحرم فى بيئته . والخوف أو العدوان الذى يدفعه لإرتـكاب جريمته خـوف جنسى أو متعلق بالسلوك الجنسى . فمقترف جريمـة الجنسية المثلية الذى يعتدى على صغار الصبيان قد يكون لديه خوف من الفشل إذا ما أتى العمليـة الجنسية مـع امرأة ، أو قد يـكون لديه عـداء شديد نحو النساء وبالتالى لا يفضل إلا الجنسية المثلية .

أما المنحرف نفسياً فهو شخص يقترف أى جريمة جنسية أو غير جنسية لأنه مدفوع بخوف أو بثورة لتحدى القواعد العامة . لذلك قد يكون المنحرف نفسيا شخصا يخشى أن يوصف بالضعف أو بأنه ليس رجلا ، أو قد يكون لديه عداء نحو الناس فيلجأ إلى السرقة أو الجرائم الجنسية كالاغتصاب وما اليها .

لهذا قد يكون مرتكب الجريمة الجنسية إما منحرفا جنسيا أو منحرفا نفسيا والمنحرف نفسيا يرتكب فى العادة جرائم أخرى مع جرائمه الجنسية .

ويقسم إليس مقترفى الجرائم الجنسية الى الفئات الآتية

١ ـ فئة من مرتكبي الجرائم الجنسية أسوياء وليسوا بمنحرفين نفسيا أو جنسيا كمقترف جريمة المخادنة أى اتخاذ خليلة فى أمريكا (ليست بجريمة فى مصر) أو مقترف جريمة الزنا .

٢ ـ فئة منحرفة جنسيا غير أنها ليست منحرفة نفسيا (كالمتلصص على العمليات الجنسية) فقد يكون من الخجولين جنسيا غير أنه قد لايكون مضطربا نفسيا .

٣ ـ فئة منحرفة جنسيا ونفسيا مثل المرضى بالاستعراض الجنسى فهم الى جانب وجود المشكلة الجنسية ، فى سلوكهم اعتداء على جمهور المشاهدين .

٤ ـ فئة ليست منحرفة جنسيا ولكنها منحرفة نفسيا (مثل المريض بالذهان الذى يمارس العادة السرية علنا أو يمشى عاريا فى الطـــرقات لا لأن لديه مشكلة جنسية ولكن لاضطرابه العقلى .

علاج مرتكبي الجرائم الجنسية والمنحرفين جنسيا :

لاتعتبر المخادنة فى مصر جريمة وهى بالتالى لاتعتبر من الانحرافات الجنسية اذا كانت بديلا للزواج يضطر اليها بعض الناس. ولاتعتبر جريمة الزنا انحرافا

جنسيا أيضا اللهم إلا إذا كانت نمطا متكررا مع عديد من الأفراد لا مع فرد واحد .

والقانون المصرى يعتبر تقدميا فى عدم تجريم الخادنة ، واللواط ، والسحاق، مادامت هذه الممارسة تتم بين شخصين بالغين باتفاق وبغير علانية ، والاتجاه السائد بين علماء النفس المعاصرين يتفق وهذا الاتجاه ،وذلك لأنه ثبت أن هذا النوع من الانحراف الجنسى من الإنحرافات المستعصية على العلاج ، مع وجود بعض الحالات التى يدعى معالجوها نجاحهم فى العلاج معهم ،وإستعصاء حالات الجنسية المثلية على العلاج أدى بالبعض إلى إعتبار المنحرفين من هذا النوع من السيكوباثيين.

ويفيد العلاج النفسى معهم فقط فى إزالة الأعراض العصابية المصاحبة . وفى الحالتين السابق عرضهما كان العلاج ينصب على تخليص العميلين من نزعاتهما الانتحارية ، وزيادة قوة ضبط الأنا حتى لا يضطر الواحد منهم إلى كشف نفسه وافتضاح أمره .

الفصل الواحد والعشرون

الادمان

١ - ادمان المخدرات *

مقدمة :

فى محاولة لعرض ما كتب عن إدمان المخدرات فى السنوات الست الماضية ، لم يجد المؤلف بعد تصفحه لمجلة المستخرجات النفسية Psychological Abstracts منذ أوائل عام ١٩٦١ حتى منتصف سنة ١٩٦٥ سوى ٢٢ بحثا وتقريراً ودراسة عن مدمنى المخدرات فى مقابل ١٣٣ عن مدمنى الخمور . ويتبين من هذه الملاحظة أن مجال إدمان المخدرات لم يبحث بعد البحث الكافى كما هو الحال فى ادمان الخمور. وقد يعزى ذلك إلى :

١ - احتمال أن عدد مدمنى المخدرات قد يكون أقل من عدد مدمنى الخمر خاصة فى البلاد الغربية .

٢ - احتمال أن ادمان المخدرات لايعتبر خطيراً كادمان الخمور ، وخطورة المشكلة فى العادة تتبين فى مدى اهتمام العلماء بها .

٣ - احتمال أن الباحثين يجدون من السهل عليهم التوصل إلى حالات مدمنى الخمور بينما يجدون صعوبة فى التوصل إلى مدمنى المخدرات نظراً لأن القوانين فى

---

* بحث القاه المؤلف باللغة الانجليزية فى الحلقة العلمية الثانية للكشف عن الجريمة بالوسائل العلمية من ٣ - ٦ ابريل ١٩٦٥ .

معظم بلاد العالم تحارب ادمان المخدرات قانونا ، ولا ينطبق هذا على معاقرة الخمر . لذلك يجد الباحث أن المعلومات عن إدمان المخدرات ضحلة وليست كافية وهذا يفتح المجال لكثير من الآراء والتخمينات غير المدعمة علميا . ويقول وينيك (١٩٦١) « تبعا لذلك على الرغم من النفقات الضخمة التى يكلفها الادمان لا يوجد برنامج واحد للبحث العلمى فى هذا الميدان اللهم إلا البحث المعملى الفرماكولوجى فى مستشفى لكسنجتون فى الولايات المتحدة الامريكية » .

وفى مصر قام المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ببحث تعاطى الحشيش . وقد بدأ هذا البحث فى سنة ١٩٥٧ ، وقد تم حتى الآن نشر تقريرين عن هذا البحث ، وتلقى النتائج الأولية بعض الضوء على تعاطى الحشيش فى مصر وسوف نقتبس بعض النتائج فى أماكن مختلفة من هذا البحث .

تعاريف :

تتضمن التعاريف الطبية والطب نفسية للادمان ثلاثة مظاهر متصلة هى : التحمل ، والاعتياد ، والتواكل الجسمانى . ويقصد بالتحمل إزدياد قلة أثر نفس الجرعة التى يتعاطاها المدمن ، أو الحاجة إلى زيادة الجرعة للحصول على أثر مماثل لأثر الجرعة الاولى . أما الاعتياد فيقصد به الحاجة الإنفعالية والنفسية التى يشبعها المخدر . ويقصد بالتواكل الجسمانى حاجة الجسم للمخدر ، فاذا لم يتم الإشباع ظهرت خصائص معينة تعرف بمجموعة أعراض الحرمان . ولا يؤدى إلى هذه الخصائص الثلاث إلا ادمان الافيون ومستخرجاته ومثيلاته ، ومشتقات حامض الباربيتيوريت . والمخدرات المشهورة التى تؤدى إلى الادمان هى الافيون وأوراق الكوكا والحوامض التى لا تعد ولا تحصى المشتقة منها وأهمها المورفين ، والهوارين ، والكودين المشتقة من الافيون .

ولاتطابق التعاريف القانونية دائما التعاريف الطبية والنفس طبية . فبعض العقاقير التى لاتؤدى إلى الإدمان الفسيولوجى ، والمهدئات التى قـــد تؤدى إلى الإعتياد على الرغم من أنها لاتؤدى إلى مظهرى التحمل ، والتسواكل التى يؤدى اليها الأفيون ومشتقاته تصنف قانونا بين المخدرات ويعاقب على تعاطيها واشهر هذه الأصناف الحشيش والبنزندرين والكوكايين . والمدمنون على هذه الاصناف يسمون بالمهيئين أو المعرضين للادمان وتتناول التعاريف القانونيه فى العادة فى الاعتبار لامجرد الإعتياد فحسب ولكن أيضا حماية الأخلاق العامة ، والصحة ، ورعاية الفرد والمجتمع. فنى سنة ١٩٥٠ توصلت المنظمة العالمية للصحة إلى تعريف للادمان يمثل فى الواقع التعاريف القانونية وخلاصته أن إدمان المخدرات هو حالة ثمالة دورية أو مزمنة محطمة للفرد وللمجتمع يؤدى اليهـــا الاستهلاك المتكرر لعقاقير طبيعية أو مركبة كيميائيا . ويتضمن هذا التعريف المخدرات التقليدية التى يستخدمها المدمنون وتلك التى يستخـــدمها من اسميناهم بالمهيئين للادمان . وفى سنة ١٩٦١ قدمت لجنة الخبراء العقاقير التى تؤدى إلى الإدمان فى الأمم المتحدة قائمة بالعقاقير الجديدة وتتضمن العقاقير التقليديه وتلك التى تخضع حاليا للرقابة الدولية.

أما المحللون النفسيون فيتكلمون عن أنواع مختلفة من الإدمان ويعتبرونهـا جميعا اندفاعات مرضية والباعث وراء هذه الإندفاعات هو الحاجة إلى الحصول على شىء يتضمن لامجـرد الإشباع الجنسى ولكن يتضمن أيضـا الشعور بالأمن والتعضيد وتأكيد الذات وكلها تعتبر أمورا جوهرية لكيان الفرد ذاته، فيتكلمون عن ادمان المخدرات، وادمان السرقة ، وادمان الأكل ، وادمان الحب ... الخ. فدمن السرقة على سبيل المثال يتمـع فى دائرة مغلقة عواقبها وخيمة لأن السرقـة عنده لاتصبح كافية لاشباعه نفسيا . فيستمر فى السرقة سعيا وراء هذا الإشباع

الذى لن يتوصل اليه . ويسمى هذا تبعا لذلك بعرض السرقة . أما أولئك الذين يندفعون بشراهة لإستهلاك الطعام وبكميات غير معقولة فهم مدمنـــو طعام . ومدمنو الحب هم أولئك الذين يلعب عندهم الحب الذى يضفيه عليهم أشخاص آخرون نفس الدور الذى يلعبه الطعام عند مدمنه على الرغم من عجزهم عن اعطاء الحب للاخرين. والناحية الجنسية عندهم فى العادة مفرطة. ولا يختلف مدمن المخدرات عن أولئك « المدمنين بدون مخدرات » إلا فى التأثير الكيمائى المخدر. وتشير لفظة الادمان إلى الحاح الحاجة وعدم كفاية أى محاولة لاشباعها . يقول فينيكل :

« إن المدمنين أفراد لديهم استعداد للاستجابة للكحول والمورفين وغيرهما من العقاقير بطريقـة خاصة ، هى أنهم يحاولون استخدام آثارها لإشباع الرغبة الفمية الخالدة وهى رغبة جنسية ، والحاجة للاحتفاظ بتقدير الذات » وسوف نعـــود إلى هـذا التعريف ثانية فى مناقشتنا لوجهة نظـر التحليـل النفسى فى العوامل السببية.

الفروق الثقافية فى تعاطى المخدرات :

من الطريف أن بعض المخدرات مفضله فى بعض الثقافات دون الاخرى ، ويتبين هذا من معرفة الكميات التى تستهلكها دولة من الدول من المخدر المفضل. ففى الولايات المتحدة الأمريكية يأتى المورفين فى المقام الأول يليه الهيروين، بينما يعتبر مدمنو الماريوانا (ما يقابل الحشيش فى مصر) والافيون أقلية. وإذا يزيد على ٥٪ مدمنى المخدرات فى أمريكا المعروفين للسلطات فى الولايات المتحدة يتعاطون الهيروين (وينيك ١٩٦١). أما فى مصر وفى أمريكا الاتينيه فالحشيش هو المخدر المفضل . وتبين المعلومات التى نشرها مكتب الإستعلامات المركزى

للمخدرات فى القاهرة أن كمية الحشيش المستهلكة فى مصر قد زادت باضطراد خلال العشرين سنة الماضية بينما أخذت نسبة إستهلاك أنواع أخرى كالهيروين والكوكايين فى الإنخفاض . ويعتبر الأفيون المخدر الثانى الذى يأتى بعد الحشيش فى المرتبة .

وفى رأيى أن هذا التفضيل قد يعود إلى المستويات الإجتماعية فى الثقافات المختلفة وقد يعزى أيضا إلى سهولة الحصول على المخدر أو صعوبتها ، وثمنه ، والآثار التى يعطيها، وسهولة التهريب والتوزيع . فلا شك أن ملاصقة مصر وقربها من بعض الدول التى تزرع الحشيش يعتبر سببا من أسباب إنتشاره فى مصر . وفى البحث الذى أجراه المركز عن مدمنى الحشيش فى مصر ذكر أفراد العينة أن الحشيش مفضل عندهم لسهولة الحصول عليه وبقاء أثره مدة طويلة . والمعروف أن الكوكايين غالى الثمن فى سوق التهريب ، كما أن آثاره لا تدوم طويلا ، كما قد يؤدى تعاطيه إلى حالة من القلق الزائد بعد زوال أثر الجرعة، هذا بينما نجد أن للهيروين سوقا رائجة ، أرباحها طائلة ، تبرر مخاطرة المساهمين فى تجارته . كما أن من المعروف أن قوة الهيروين تعادل قوة المورفين مرتين وهو المخدر المفضل عند كثير من المدمنين فى البلاد الغربية .

ولا ينتشر الإدمان بين النساء بالدرجة التى ينتشر بها بين الرجال . والمدمن العادى فى الولايات المتحدة مثلا الآن هو الشاب الحدث الذى يأتى من مناطق متخلفة ، بينما يقع مدمنو الحشيش فى مصر كما بين البحث فى مدى العمر بين ٢٠ - ٤٠ سنة ، ويتقدم العمال الصف فى فئات المدمنين .

ومما يجدر ملاحظته أن إدمان المخدرات لا يعتبر مشكلة فى بعض البلدان . فبولندا على سبيل المثال تعانى من ادمان الخمور بينما يندر وجود مدمن المخدرات .

ونتوقع وجود إختلافات بين الثقافات فى طريقة تعاطى المخدر ، ويتوقف ذلك أيضا على نوع المخدر المفضل .

مجموعة أمراض الحرمان :

إن مجموعة أعراض الحرمان، أى التوقف عن تناول المخدر عند المدمن المعروفة التى يذكرها الكتاب تتلخص فى أبسط حالاتها فى التثاؤب ، ودموع العينين ، ورشح الأنف ، والعطاس ، والعرق، يتلو هذه الأعراض فقدان الشهية ، واتساع حدقتى العين ، والرعشة ، والقشعريرة . وكلما زادت حدة الأعراض ظهرت أعراض الحمى . والتنفس العميق ، والأرق، وارتفاع ضغط الدم ، وعدم الشعور بالراحة . وأشد الأعراض حدة هى القىء ، والإسهال، وفقدان الوزن ، وتزول الأعراض بالعودة ثانية إلى المخدر .

الآثار الخاصة لبعض المخدرات :

لكل مخدر آثاره الخاصة . فقـــد سأل تشيزيك (١٩٦٠) ٤٢ من مدمنى الهيروين من النساء والرجال أن يصفوا إحساساتهم أثناء تناول المخدرات أو بعدها مباشرة ، وتحديد مكان هذه الإحساسات، وطول مدة إستمرارها ، وإذا ما كانت هناك رغبة فى النوم، وإذا ما كانت هذه الرغبة تصاحب أو تتبع أو تسبق الإحساس، والخيالات المصاحبة إذا كانت هناك خيالات فعلا . أعطى المخدر لجميع الحالات فى الوريد. لقد شابهت احساساتهم احساسات الهوس مع تباطؤ فى إدراك الزمن . وتركزت معظم الاحساسات الجسمانية فى المعدة التى أحس المفحوصون وكأنها ممتلئة . وتركزت الخيالات حول الأم... وخفت حدة الدوافع الجنسية والعدوانية. وفى العلاج يتحول المعالج إلى بديل الأم ، ويتوقع المدمن من المعالج اشباع كل حاجاته دون أدنى تعبير منه عن هذه الرغبة .

وفى دراسة لسافيدرا (١٩٥٩) عن إدمان الكوكايين فى امريكا اللاتينية يقسم آثار الإدمان على الكوكايين الى آثار حادة وأخرى مزمنة . ويذكر أنه مما يزيد من حدة الآثار المزمنة سوء تغذية المدمنين . ووجد أن أكثر من ٥٠ ٪ من المدمنين يعانون من هذه الآثار المزمنة : اختلال التوازن النفسى ، الافتقار الى الحيوية والمبادأة ، عدم القدرة على الحكم ، وعدم القدرة على تحمل المسئولية ، وانحطاط الذكاء على كل اختبار من الاختبارات.

وفى محاولة لبيان أثر ادمان الحشيش تضمنت استمارة الاستبار فى البحث المصرى أسئلة لبيان مدى تأثر عمليات نفسية معينة بالحشيش أثناء تعاطيه وبعد أربعة وعشرين ساعة من زوال أثره ، فتبين أن الوظائف الإدراكية من الوظائف التى تتأثر بالمخدر ، اذ تضطرب القدرات على ادراك الزمن ، وادراك المسافات ، والحجم ، والاصوات. اذ يدرك الوقت وكأنه يمر ببطء ، وتدرك المسافات أطول من حقيقتها ، ويميل الحجم الظاهرى للاشياء الى التضخم ، وتصبح الألوان اعتم أو أفتح من طبيعتها، ويتأثر الادراك السمعى للاصوات ، وتبدو الصورة مهزوزة . غير أن كل هذه الإضطرابات تكون وقتية، ويصبح الإدراك عاديا بعد زوال أثر المخدر . أما الذاكرة فقد ذكرت نسبة ٤٢ ٪ أن الذاكرة يعتريها الضعف ثم تعود الى طبيعتها ثانية . ويبدو أن سلامة التفكير لاتتأثر بالمخدر ، غير أن نسبة ٧٥ ٪ ذكرت أن موضوعات الحديث ومجرى التفكير تتغير بسرعة تحت تأثير المخدر .

كما وجد أن سمات مثل السيطرة ، والتردد ، والاجتماعية ، والايحاء ، تتأثر بالمخدر ، اذ يصبح المدمن أقل سيطرة ، وأكثر ترددا ، وأكثر اجتماعيه، وأكثر

إيحاء ، وأكثر تفاؤلا أثناء تناول المخدر ، غير أن هذه السمات جميعا تنقلب إلى ضدها فى حالة الحرمان .

الادمان والناحية الجنسية:

أجريت تجارب عدة لبيان أثر المخدرات المختلفة على الناحية الجنسية . فنى بحث أجراه سيفرز (١٩٣٦) وجد أن النشاط الجنسى فى القردة المدمنة على تعاطى الهيروين يضعف ثم ينشط ثانية وبشكل كبير عند منع المخدر عنها . وفى بحث أجراه تاتوم وكولينز (١٩٢٩) على الكلاب بحقنها بانتظام بالمورفين أن الناحية الجنسية عندها زاد نشاطها . كما وجد كومب ودمـــير (١٩٣١) نفس النتيجة فى القردة باستخدام نفس المخدر . إذ زادت ممارستها للعادة السرية .غير أن المورفين يضعف الرغبة الجنسية والقدرة عليها فى الانسان ، وكلما زادت الفترة التى يمنع فيها المدمن عن هذا المخدر كلما عادت له طاقته الجنسية . فقد وجد تيزى وبلين (١٩٣٨) أن الحرمان من المخدر يؤدى إلى إستمرار الانتصاب وتكرار القذف عند الرجال المحرومين منه ، بينما يحدث للنساء لذة جنسية تلقائيا ... أما سبراج (١٩٤٠) فقد وجد أن المورفـــين يعمل كنبه جنسى فى الشمبانزى الذكور ، إذ بعد تناول الجرعة اليومية بقليل يحدث لها إنتصاب وتمارس العادة السرية وتندفع لأداء العملية الجنسية مع الاناث، ثم تأخذ الرغبة الجنسية والقدرة على إتيان العملية الجنسية فى الضعف تدريجيا خلال الاربع والعشرين ساعة حتى يحين ميعاد الجرعة التالية . ولا يوجد تفسير لهذه الاختلافات بين الحيوانات والانسان . ففى بحث لتشيزيك (١٩٦٠) يذكر أن الدافع الجنسى عند الرجل والانثى يضعف بحقن الهيروين فى الوريد .

وفى الدراسة المصرية ذكرت نسبة ٧٧ ٪ من مدمنى الحشيش أنها تستمر

مدة أطول فى العمليـة الجنسية تحت تأثير المخـدر ، كما ذكرت نسبة ٨٠ ٪ أن المخدر يزيد من حدة الرغبة الجنسية ، وذكرت نسبة ٦٠ ٪ أنه يسهل استثارتها جنسيا تحت تأثير المخدر . وتؤكد هذه النتائج الإعتقاد السائد بين العامة أن تعاطى الحشيش يزيد من قدرة الرجل الجنسية . ومن الطريف أن ٨٠ ٪ من المدمنين ذكروا أن المرأة تصبح أكثر استجابة لهم فى العملية الجنسية . وقد علق التقرير على ذلك بأن هذا قد يرجع لا إلى القدرة الجنسية التى يزيد المخدر من حدتها ولكن إلى نزعة المدمن تحت التخدير إلى أن يكون أكثر ملاطفة للمـــرأة وأكثر إيجابيـة فى اللعب الجنسى قبـل بدء العملية نتيجة لحـالة « الفرفشة » التى يكون عليها .

الادمان والامراض العقلية :

قام دوبنتو وزملاؤه (١٩٦٢) بدراسة فى سجون بلدة باهيـا فى البرازيل لمعرفة العلاقة بين ادمان تناول القنب والامراض العقلية ، والعلاقة بين الادمان عموما والجريمة . وتبين طبقا للنتائج التى توصلوا اليها أن ادمان تناول القنب لايعتبر عاملا من العوامل المسببة للاضطرابات العقلية ، غير أنها حالة تسود بين الشخصيات المضطربة ، وتناول القنب يسود مع غيره من العقاقير المخـدرة فى أفراد تلعب فيهم العوامل الوراثية عملها . ويميل المدمنون الى الجرائم ضـد الممتلكات وتكرار العود .

وفى سنة ١٩٦٢ قام سماريخ وزملاؤه بدراسة العلاقة بين تناول الحشيش والإضطرابات العقلية . وقدموا ست حالات لمدمنين تم تشخيصهم عـــلى أنهم مرضى بالفصـام . واتفقت الحالات الست فى الاضطراب الانفعالى ، وعـدم التوافق الإجتماعى ، والهلوسة السمعية ، والاوهـام الاضطهادية . وقد تحسنت

حالتهم جميعا بالامتناع عن المخدر مع العلاج الطبي فى فترة تتراوح ما بين عشرة أسابيع إلى أربعين أسبوعا . وقد بينت الدراسة أنهم جميعا قد أتوا من بيوت مهدمه ، تسود فيها الأمراض العقلية والادمان ... الخ مما لايبرر فرض وجود عامل وراثي . غير أن أصحاب هذه الحالات كانوا يتناولون مخدرات أخرى إلى جانب الحشيش. ويرى الباحثون أن تعاطى الحشيش يعتبر عاملا أوليا فى تشخيص هذه الحالات .

وفى سنة (١٩٦٢) نشر كلارك نتائج دراسة تتبعية لخمسين حالة من ١٢٠ حالة ممن ترددوا على مستشفى كريشتون رويال فى سكتلندا ما بين ١٩٤٩ - ١٩٦٠ وكانت الحالات الخمسين من أفراد المهن الطبية أو مهنة التمريض . وقد بينت الدراسة أن المرض العقلي قد سبق أو صاحب الحالة العقلية فى ٢٠ حالة من الخمسين، منها ١٣ حالة ظهر فيها السلوك السيكوباتي الإجتماعى قبل المرض أو الإدمان . أما الحالات المتبقية وعددها ٣٠ حالة فلم يبدو فى تاريخها أى إضطراب نفسى . لقد تمكنت نسبة ٢٨ ٪ من الحالات من التغلب على الإدمان، بينما تطلبت نسبة ٢٥ ٪ مواصلة الإيداع فى المستشفى . وقد واصلت نسبة ٣٠ ٪ ممارستها لمهنتها ، بينما لم يكن لنسبة ٢٦ ٪ من الحالات عمل للتكسب بعد الخروج من المستشفى .

يبدو من الدراسات السابقة ومن غيرها أن نتائج البحوث التى تبين العلاقة بين الادمان والامراض العقلية متضاربة . غير أن بيسكور يقول « إن الإدمان على تعاطى الافيون ومشتقاته فى حد ذاته لايؤدى إلى الجنون أو الإجرام أو ضعف الصحة كما يسود الاعتقاد بين البعض . فالفرد الذى يكون لديه مورد مستمر يساعده على الحصول على المخدر ، ويكون لديه دخل مناسب لمواصلة

إدمانه مع الإحتفاظ بمستوى لائق للحياة ، يمكنه أن يعيش كمواطن شريف فى بيئته ، وهكذا لا يفسر الادمان عند الكثيرين كسبب للمرض العقلى ، ولكن إذا صحب الادمان أى مرض عقلى . فالادمان فى هذه الحالة يكون من ضمن الاعراض لا من ضمن الاسباب .

كيف تتكون عادة الادمان :

لماذا يصبح بعض الناس مدمنين ؟ لقد ذكرنا أن الاستمرار فى تعاطى بعض المخدرات يؤدى إلى التواكل الجسمانى وتصبح الحاجة إلى المخدر حاجة جسمانية وفسيولوجية . ومن الحقائق المعروفة عند علماء الدوافع أن هناك بعض الحاجات المكتسبة أو المتعلمة . فإذا ما تم إكتسابها أصبح لهـــا قوتها التى تعادل قوة دوافع مثل الحاجة إلى الطعام والحاجة إلى الماء والحاجة الجنسية ... الخ . لقد بينت دراسة سبراج (١٩٤٠) أن الشمبانزى المدمنة على تعاطى المورفين كانت تحاول الحصول على جرعتها كلما اقترب الميعاد لها ، كما كانت تسعى إلى الحصول على كل الاشياء المصاحبة التى ربطت بينها وبين تعاطى الحقنة . ويبدو أن الدافع كان ينتج من أعراض الحرمان الفسيولوجى . هذا بالاضافة إلى أن هذه الحيوانات كانت تسعى للحقنة عند ظهور هذه الاعراض . وقد أدت ملاحظة عارضة أثناء التجربة إلى وجود إحتمال أن هناك إشباعا وقتيا وتخفيفا من حدة الاعراض بمجرد الحقن ذاته حتى ولو كانت التعبئة من محلول الملح . وقد عزى هذا إلى التعلم ، وإلى أن هناك بعض الثواب للأشياء المصاحبة للحقن تخفف من حدة الدافع . غير أن هناك من العقاقير المخدرة ما لا يؤدى إلى التواكل الجسمانى . ويكمن خطر هذه العقاقير فى التواكل النفسى الذى يتكون لدى المدمن على مثل هذه المخدرات وهذا العامل هو الذى حفز علماء الاجتماع وعلماء النفس والطب العقلى والتحليل النفسى إلى محاولة بيان أسبابه

١ - رأى علماء الاجتماع :

تعطى نظريات علماء الاجتماع الأهمية للعوامل الاجتماعية . إذ يرى علماء الاجتماع أن الادمان سلوك متعلم وأن الناس يتعلمون كيف يصبحون من المدمنين . وهم يرفضون الرأى القائل بوجود عناصر فى الشخصية أو إستعدادات فى الطفولة تهيء للادمان . وهم يرون أن أولئك الذين ينادون بأن المدمنين لهم تكوين خاص فى الشخصية يقومون فى العادة بدراسة المدمنين بعد أن يستفحل الادمان معهم، وكل مايقال عن شخصيات هؤلاء المدمنين قبل إدمانهم ما هى إلا تخمينات غالبا ما تكون غير حقيقية . ويقول فى ذلك لندسميث (١٩٤٧) كعالم من علماء الإجتماع أن من يستعمل المخدر يصبح مدمنا بعد أن يمر بخبرة الحرمان وبالتالى يتعلم أن التعاطى يزيل الأعراض التى يعانى منها .

لقد قام فينستون (١٩٥٧) بدراسة مشكلة إدمان الاحداث فى شيكاغو وقام شين (١٩٥٧) بدراسة نفس المشكلة فى نيويورك . ويؤكد كل منها أن الثقافة الفرعية للمدمن غالبا ما تكون فى مناطق المدينة التى تتميز بالحرمان الاقتصادى، والتفكك الأسرى ، والحرمان السريع ، مع زيادة السكان الذين وصلوا حديثا إلى المنطقة مع عدم وجود الضبط الكافى من الكبار .

ويمثل رأى مورر وفوجل (١٩٦٢) كذلك وجهة نظر علم الإجتماع . ففى رأيهما أن مدمنى الأفيون وغيره من المركبات ، وكذلك مدمنى العقاقير الأخرى لا يتعاطاها المدمنون للحصول على النوم أو للتخفيف عن الحاجة الفسيولوجية ولكن لمجرد الحصول على « الفرفشة » والتخدير لذاته والإدمان عندهما عرض لمرض توجد بذورة فى الظروف الإجتماعية والإقتصادية التى تؤدى الى خلق عدم الرضا والتعاسة والصراع والتوتر فى نفوس البشر . وفى الدراسة المصرية (١٩٦٤)

وجد أن تعاطى الحشيش يرتبط بالفقر والحرمان ، ويزيد عدد المدمنين بين غير المتعلمين وفى الطبقات المحرومة اقتصاديا وإجتماعيا .

٢ ـ رأى علماء النفس :

يتفق علماء النفس مع علماء الإجتماع فى أن الإدمان عملية متعلمة ، ويرون أن بيئة الفرد لها فاعليتها غير أنهم يرون أيضا أن هناك من الأفراد من يتعرضون للمخدرات فى بيئتهم لكنهم لا يتعلمون الإدمان ، بينما يوجد آخرون يتعرضون لنفس الظروف ويصبحون من المدمنين . وفى رأيهم أن هذا يعزى إلى تكوين الشخصية للفرد . إذ أن هناك شخصيات مضطربة يؤدى بها إضطرابها إلى الإدمان ويعتبر الإدمان تبعا لذلك عرضا لعدم التوافق العام للشخصية ، كما يعتبر طريقة من الطرق التى تعبر بها الشخصية عن إضطرابها .

لقد قام والفن (١٩٦٠) باستعراض البحوث التجريبية التى أجريت على الإدمان وعلاقته بالشخصية والثقافة وانتهى إلى أن أنماط الإدمان متعلمة كغيرها من أنماط الأعراض المرضية ، وأن التعلم الشرطى يدخل فى تكوين العادة ويرى أن هذا النوع من التعلم هو تعلم شرطى وسيلى أو أدائى وليس تعلما شرطيا من النوع الكلاسيكى (أنظر أنواع التعلم) . وقد يعزى الإدمان إلى عامل التخفيف عن حدة الدافع بالإضافة إلى جهاز سمبثاوى نشط .

ويهاجم أنزويل (١٩٦١) وجهة نظر علم الإجتماع التى تقول بأن الخوف من أعراض الحرمان مسئول عن الاستمرار فى تعاطى المخدر . ويعتقد أن أسباب الادمان وراثية وبيئية ، وتدخل فيها عوامل النضج وعوامل الظروف ، وهو يرى أنه مادام المدمن العادى فى الولايات المتحدة حاليا هو المراهق الذى يسكن المناطق المتخلفة ، فهو يستعمل المخدر كنفذ لثورته وشحناته الاعتدائية نتيجة

لعضويته فى جماعات محرومة يضع عليها المجتمع وصمته . والمدمن غير الناضج كان له فى طفولته إما والدان يضفيان عليه حماية زائدة أو كانا يسيطران عليه سيطرة معوقة .

٣ — رأى علماء التحليل النفسى :

سبق لنا أن شرحنا فى الفصل السابق مراحل النمو الجنسى عند فرويد . وقد بينا أن اللذة ترتبط فى كل مرحلة من هذه المراحل بمنطقة من المناطق الجنسية فى الجسم . والمفروض أن يسير النمو بالانتقال من مرحلة إلى مرحلة دون التثبيت أو الجمود على واحدة منها ودون نكوص إلى مرحلة سابقة . إذ يرى الفرويديون أن الاضطراب فى النمو لا يقتصر على التوقف التام عند مرحلة من المراحل فحسب ولكن قد يكون فى شكل الاحتفاظ بكثير من مظاهر مرحلة مبكرة بشكل غير سوى . كما أن الفرد قد يقابل فى نموه كثير من الصعاب ، وهنا ينكص الفرد فى نموه إلى مراحل سابقة كانت خبراته فيها أسعد من خبراته الحالية فالتثبيت أو الجمود والنكوص عمليتان تكمل بعضها البعض . وقد شبه فرويد ذلك بجيش يتقدم فى أرض الأعداء تاركا خلفه قوات الاحتلال فى المراكز الهامة . فكلما ترك الجيش قوات للاحتلال خلفه قوية ، كلما ضعفت قوة القوة المتقدمة ، فإذا ما قابلت القوات المتقدمة مقاومة من قوات العدو قوية، تتقهقر إلى تلك المراكز حيث تركت حاميات قوية : وبذلك يكون التثبيت أقوى ويكون النكوص أسهل كلما واجه الفرد المتاعب والصعاب. لذلك يرى المحللون النفسيون أن المدمنين حدث لهم تثبيت على المرحلة الفمية، والفم هو سبيلهم للتفاعل مع العالم الخارجى ويبين اتجاههم نحو الحياة كلها بتوقع استمرار ثدى الأم فى التدفق إلى الأبد . فهم على غير استعداد لتحمل أى مسئولية ويتوقعون من الغير العناية بهم ورعايتهم .

كما أنهم يعانون من « الماسوكية » والفرق بين مدمن الخمر ومدمن المخدرات أن الأول يعبر عن عدوانه بالفعل والمفاخرة ، وهو مثبت على مرحلة « العض الفمى » بينما يتميز مدمن المخدرات بالنزعات الانسحابية والخمول وهو مثبت على مرحلة « المص الفمية » : ويقول فى ذلك كولب « إن مدمن الخمر قد يضرب زوجته ، أما مدمن المخدرات فقد تضربه زوجته » .

ويرى المحللون النفسيون أن مدمن المخدرات ضعيف جنسيا ، وأن كثيراً من المدمنين يأتون من بيوت كان الأب فيهـــا ضعيفا والأم هى الأقوى ، ويفشل الآباء من هذا النوع فى مد أطفالهم بنموذج ناجح لتقمصه ، بينما تتميز الأمهات بأنهن من النوع المغتصب والمخرب فى وقت واحد. ويمثل استخدام المخدر طريقة من طرق التهرب من مسئولية إقامة علاقة مع الجنس الآخر .

ويستخدم المدمن ميكانزمات الهوس والانقباض (روزنزفلد ١٩٦٠) وقد بينت الدراسة المصرية أن مدمنى الحشيش يبررون بدء التعاطى بما يلى :

التقليد	٨٩٪
للفرفشة	٨٩٪
للعلم بالشىء	٧٤٪
من باب الرجولية	٧٢٪
للناحية الجنسية	٢٥٪

وقد سئل فى نفس الدراسة متعاطو الأفيون عن السبب فى التعاطى فاختلفت اجاباتهم عن السابقة اذ قررت نسبة ١٢٪ أنها بدأت التعاطى لتحمل مشاق العمل بينما أجابت نسبة ٥٠٪ بأن السبب هو الفرفشة ، ٤٠٪ للناحيـــة الجنسية ، ٢٣٪ للعلاج الطبى ، ١٦٪ لنسيان المشاكل الخاصة .

ولما سئل متعاطو الحشيش عن السبب فى الاستمرار فى التعاطى أجابت نسبة ٣٧ ٪ « بحكم العادة » وأجابت نسبة ٢٦ ٪ « لنسيان المشاكل الخاصة » .

٢ — ادمان الخمر

من المعروف أن أى كمية من المشروبات الكحولية مهما صغرت تؤثر فى العادة على الجهاز العصبى المركزى . وإذا زادت الكمية وصل الفرد إلى حالة السكر . والسكر درجات ، ففى الحالات الخفيفة منه تضعف القدرة على تركيز الإنتباه وتفقد الحركات التى يقوم بها الانسان دقتها ، ويتكلم بصوت مرتفع ، ويثرثر ، وتعتريه مظاهر الشجاعة ، ويباهى ويفاخر ويرفع الحجاب والكلفة بينه وبين الغير . ويكون عامة فى حالة نشوة . والنشوان فى اللغة العربية هو الذى قارب السكر ولما يغلب على أمره .

والسكر الحاد هو غيبوبة العقل وإختلاطه وهو فى الواقع إضطراب عقلى حاد مؤقت يتميز بفقدان المرء لشعوره وعدم إدراكه لما حوله ، ويصل الأمر بالبعض الى حد عدم تعرفهم على أنفسهم إذ ينسون أسماءهم وعناوين منازلهم . وتطير الخمر عادة فى الرأس فيصبح الفرد فى حالة سورة غضب مصحوبة بالخوف ويهذى ويهلوس . ويخشى من إرتكابه جريمة فى هذه الحالة التى يتبعها عادة نوم عميق ولفترة طويلة يصحو بعدها المرء ناسيا الأحداث السابقة . وليس من الضرورى أن يكون السبب فى حالة السكر الحاد شرب كميات كبيرة من الخمر ، إذ قد تؤدى كميات قليلة اليها ويساعد على زيادة أثرها وجود الفرد فى حالة مرضية ، أو عدم نومه لفترة طويلة ، أو مروره بأزمة نفسية وما الى ذلك .

واذا اعتاد المرء شرب الخمر وبكميات كبيرة أصبح من الصعب عليه الاقلاع عنها وأصبح دائب السعى اليها وأصبح مدمنا .

وينطبق على ادمان الخمر ما سبق أن ذكرناه عن ادمان المخدرات من أن الادمان له ثلاثة مظاهر متصلة هى التحمــــل والاعتياد والتواكل الجسمانى .

ويطلق ادمان الخمر على حالة نفسية مرضية غير مصحوبة بعصاب أو بذهان. غير أنه قد يصاحب أى مرض من الأمراض العقلية أو النفسية . ويكون الادمان فى هذه الحالة عرض من أعراض المرض يزول بعلاج المرض الأصلى ويفقــد الادمان فى حالة وجود مرض عقلى أو نفسى الصورة المرضية التى يصعب معها معرفة ما إذا كان الادمان مجرد عرض آخر من أعراض المرض أو أن السلوك المرضى عرض للإدمان .

ومن أهم أعراض الادمان عدم التمتع بالنوم العميق الكافى ، وغالبا ما يكون النوم مصحوبا بالكوابيس والأحلام المفزعة ، ويصاب المدمن بسرعة التحول فى الحالة المزاجية ويثور بسرعة ولأتفه الاسباب ويعامل من حوله خاصة أفراد أسرته بقسوة ، ويعترى العطب ذاكرته ويهمل مظهره . ولايلوم المدمن نفسه ولكنه يلقى اللوم على من حوله للحالة التى وصل اليها . ويتشكك المدمنون فيمن حولهم وتقل قدرتهم على العمل . وتعترى الرعشة أيديهم مما يضطر من يعمل منهم فى الصناعات الدقيقة التى تتطلب مهارة يدوية الى ترك العمل ، ويحسون بآلام وضعف فى الاذرع والسيقان .

ويتأثر الجهاز الهضمى والكبد والجهاز الدموى وترتفع نسبة الوفيات بين المدمنين الى ثلاثة أضعاف المعدل العادى . ويبدو المدمنون عادة اكبر من سنهم من التجاعيد التى تبدو على الوجه وترهل الجلد .

وقد ذكرنا فى تفسير إدمان المخدرات أن لكل من علماء الاجتماع وعلماء النفس وعلماء التحليل النفسى رأيا فى تفسير الإدمان . وتصدق هذه التفسيرات على إدمان الخمر . ولعلنا إذا استعرضنا بعض البحوث والآراء الحديثة نلقى ضوءا على بعض الاتجاهات فى معالجة مشكلة إدمان الخمر .

بحوث ودراسات :

فى دراسة انثربولوجية لبيكون وبارى وتشايلد (١٩٦٥) قارنوا فيها عادات احتساء الخمر فى ١١٠ من المجتمعات المتخلفة لايجاد ما إذا كان هناك ارتباط بين ثلاثة مقاييس لاستهلاك الكحول هى: الاحتساء فى المناسبات الدينية، والاحتساء العام ، وعدد مرات السكر وبين بعض المتغيرات الثقافية مثل عادات تربية الأطفال والسلوك البالغ . وكان الفرض الذى حاولوا اثباته هو أن الدافع لاحتساء الخمر هو الحاجة للتخفيف من الاحباط أو الصراع الخاص بحاجات الاعتماد والتواكل وقد تأكد لديهم هذا الفرض .

ويفسر شودوركوف Chodorkoff (١٩٦٤) إدمان الخمر تفسيرا تحليليا إذ يرى أن مدمنى الخمر يعانون من أنا ناقصة وقدرة ضعيفة على اقامة علاقات صحية مع الآخرين نتيجة إما لفقدان العلاقة بالموضوع فى الطفولة أو لعجز عن ايجاد اشباع مع الموضوع فيلجأ الشخص فى مرحلة ماقبل الادمان إلى الكحول محاولة لسد هذا النقص فهو يختار جسمه كموضوع آمن لإقامة علاقة معه ويؤدى السكر إلى تغيرات فسيولوجية ويعطى بذلك للأنا شعورا بالامان .

ويرى بلوم Blum (١٩٦٦) أن هناك حاليا تحولا فى العلاج من محاولة حل صراعات الطفولة إلى محاولة تقوية وظائف الأنا واعطاء المدمن ثقة فى نفسه .

والآراء السابقة تمثل الاتجاه فى مدرسة التحليل النفسى .

فاذا تحولنا إلى التفسير الاجتماعى نجد بلير Blare (١٩٦٨) يرى أن من الأسباب التى أدت إلى انتشار الادمان هو شرب المراهقين للخمر فى المناسبات الاجتماعية والدعاية التجارية لها ، ونظرة المراهقين إلى الزميل الذى يحتسى الخمر على أنه شيء ما وفرد مهم ، والشعور بالذنب والصراع نتيجة للشرب ، والجهل وعدم مناقشة موضوع الادمان على أى مستوى ، واستخدام الآباء انفسهم للكحول . ويلاحظ أن هناك ثلاثة انماط للشرب :ـ

١ ـ شرب يعضده القرناء (فى الحفلات وفى الرقص الخ).

٢ ـ وجود شلل من الأصدقاء تجتمع للشرب كهدف .

٣ ـ مواقف غير مضبوطة للشرب

ولبيان الاتجاه فى التفسيرات النفسية نسوق الدراستين التاليتين عن النساء ٠ قام وود وضافى Wood and Duffy (١٩٦٦) بدراسة ٦٩ إمرأة مدمنة كلهن من مستوى اقتصادى اجتماعى مرتفع ، والغالبية من البروتستانت ومن خريجات الجامعة . تبين أنه فى ٢٧ من الحالات كان النمط السائد فى الأسرة وجود أم باردة ومتسلطة ، وأب أكثر حرارة ولكن مدمن ، وصورة عن النفس سيئة تغمرها التعاسة ، وزوج مسيطر بارد ، ومسايرة نمط الأب فى الاتجاه إلى الخمر .

وفى دراسة فى ايطاليا قام بها رافاسينى وآخرون (١٩٦٨) كان التركيز على زيادة تواتر الادمان بين النساء ودلالات ذلك النفسية والاجتماعية .وقد لوحظ نمطان أساسيان للسلوك بين ٧٥ إمرأة مدمنة من نزيلات المستشفى البالغ عددهن ١٦٠٠ امرأة أى نسبة ٤,٦٪ ممن أودعن بمستشفى ميلان الطب عقلى خلال

سنتين . تم اختيار مجموعة أخرى تتكون من ٢٥ حالة تشرب الماء ومن وقت لآخر ، ومجموعة أخرى مدمنة . قورنت المجموعتان . كان متوسط العمر فى المجموعة الأولى أقل بكثير من المتوسط فى المجموعة الثانية كما كان عدد المتزوجات أكثر . وعلى الرغم من أن نسبة من أودعوا من الرجال فى نفس المدة كانت أعلى ٤ر٣٢٪ إلا أن الدلائل تبين أن مشكلة الادمان فى النساء تمثل مشكلة نفسية مرضية ، ويبدو أنها لا تعزى كظاهرة إلى العوامل الاجتماعية والبيئية ولكنها تعزى إلى عوامل نفسية . فمن الناحية النفسية الدينامية تبدو سيادة العوامل الفمية والاكتئاب . أما العوامل الخاصة بالجنسية المثلية فهى أقل فى النساء عما هى بين الرجال .

علاج الادمان :

يعالج الادمان بالحرمان التام من المواد الكحولية وتعالج الاضطرابات الناتجة عن ذلك بالعقاقير وبالطب الرياضى وما إلى ذلك . ومن الضرورى مساعدة المريض على أن يعود لحالات النوم العادية حتى يتمتع بقسط كاف من النوم وتستخدم العقاقير لبلوغ هذا الهدف . كما يعالج المريض للتخلص من الرواسب الكحولية التى فى دمه . وتستخدم طريقة تكوين فعل منعكس شرطى سلبى للكحول وذلك بتكوين رد فعل القىء لرائحة الكحول إذ يحقن المريض عادة بكمية من الابومورفين apomorphine ويعطى قبل الحقن بحوالى خمس أو عشر دقائق كمية من الماء يشربها (حوالى ٥٠٠ – ٦٠٠ ملليجرام) . تبدو على المدمن بعد الحقن الرغبة فى القىء ويبدأ لعابه فى السيل. فى هذه اللحظة يقدم الخمر الذى اعتاده المدمن إليه ليشمه فتزداد رغبته فى القىء ، فيعطى كمية من الخمر تتراوح مابين ٢٠ – ٥٠ جرام يطابق تناولها عملية القىء فيتقيأ . بتكرار هذه

العملية يصبح بجردشم الخمر مثيراً للقيء . ويستخدم العلاج النفسي الفردى والجمعى فى معالجة الإدمان أيضا .

وفى علاج المدمنين يجب أن يدخل أفراد الأسرة والأبناء فى برنامج العلاج ففى بحث قام به بارنتزك وآخرون Parnitzke et al (١٩٦٦) وجد أنه بين ١٤٩ طفلا فى مدى العمر ما بين ٣ - ١٤ سنة لآباء مدمنين تواترت الأعراض العصابية والغرابة فى السلوك . وكان الآباء مدمنين فى ١١١ حالة بينما كانت الأمهات مدمنات فى ٣٨ حالة . وكانت الانحرافات السلوكية مرتبة تبعا لتواترها كما يلى : الاضطرابات الحركية النفسيه والتحدى والعدوان والكذب والقلق . وكانت نسبة ١٨ ٪ منهم أثناء الدراسة تعانى من التبول اللا إرادى .

وفى دراسة تتبعية قام بها كندل وستاتون فى إنجلترا (١٩٦٦) لعدد ٦٢ مدمنا لمدة متوسطها ٦٫٧ سنة ممن رفضوا متابعة العلاج أو كانوا غير مناسبين للعلاج تبين أن النتائج الإيجابية ترتبط بالإستقرار الإجتماعى والعلاقة الطيبة مع فرد آخر . وترتبط النتائج السيئة بفشل العلاج السابق . وكان مصير ٤٩ حالة غير صالحة للعلاج بمقارنتها بمصير ٥٠ حالة سبق علاجها وسبق تتبعها لمدة أربع سنوات هو أن عدداً قليلا ممن لم يتم علاجهم قد انصرف عن الخمر أو عاد للشرب العادى بينما الغالبية ماتت أو انتحرت .

وفى دراسة لراثود وآخرون (١٩٦٦) لعدد ١١١ حالة ممن كانوا مودعين فى وحدة لعلاج الإدمان للعثور على فروق تفرق بين من شفوا ومن عادوا تبين أن من عادوا إلى الخمر كانوا أصغر سنا وأقصر عمراً فى عملية الإدمان . ومن العوامل التى وجد أنه يمكن إستخدامها للتنبؤ بالعودة أو عدم العودة إلى الخمر مدى إضطراب الشخص فى طفولته فى الأسرة وفى المدرسة ومع البوليس والخبرات

الجنسية المثلية . ولم يبين تاريخ الأسرة فى شرب الخمر وترتيب الفرد فى أسرته والسعادة الأسرية أنه يمكن إستخدامها للتنبؤ .

ويرى درو Drew (١٩٦٨) نتيجة لخبرته فى إستراليا وبمقارنة النتائج فى إستراليا ببلاد العالم الأخرى أن عدد المدمنين فى العلاج يقل بعد سن ٤٠ سنة مما يدل على أن الإدمان مرض يحدد نفسه بنفسه وأنه يمكن التنبؤ بزيادة الشفاء كلما ارتفع السن .

ذهانات الادمان :

يؤدى إدمان الخمر وتجمع المواد السامة فى الدم أحيانا إلى بعض الأمراض الذهانية التى ترتبط بالإدمان أهمها الهذيان الرعاشى Dalirium tremen ،وذهان كورساكوف Korsakoff's Psyhcosis ، وهلوسة الخمر Alcoholic hallucinosis؛ وإضطهادية الخمر Alcoholic paranod states .

١ — الهذيان الرعاشى :

تصيب نوبات الهذيان الرعاشى بعض المدمنين من ذوى الأجسام القوية ممن يمكنهم تحمل شرب الخمر وبكميات وفيرة ولفترة زمنية طويلة دون أن يؤثر ذلك عليهم ، وفجأة يصابون بهذه النوبات إذا ما قلت مقاومتهم نتيجة مرض أو إجهاد وتستمر النوبة فى العادة ما بين خمسة أيام وستة يستغرق المريض بعدها فى نوم عميق يصحو بعدها سليما معافى اللهم إلا من بعض الأعراض كضعف الذاكرة والرعشة . ويمتنع عن شرب الخمر عدة أشهر خوفا من معاودة النوبة لكنه يعود إلى الخمر وتعود له النوبة.

وتتميز النوبة بأنه يسبقها دائما إضطراب النوم والاحلام المزعجة . وتبدأ

النوبة عادة إما فى المساء أو وسط الليل أو فى الصباح المبكر . فيفقد المريض القدرة على إدراك ماحوله وإن كان يتذكر أحيانا اسمه ، وتعترى المريض حالة من القلق وعدم الإستقرار ويصيبه الصداع والدوار والهلوسة البصرية فيرى أشياء تتغير فى الحجم وفى الشكل وفى اللون ، وغالبا ما يرى حيوانات تتحرك بسرعة كالفيران والكلاب والحشرات والثعابين ويراها أحيانا تهاجمه كما تهاجمه الشياطين والعفاريت فيحاول الاختفاء منها أو يحاول مهاجمتها . وتوجد بالاضافة إلى الهلوسة البصرية هلوسة سمعية إذ قد يسمع المريض أصواتا تهدده بالقتل ، وفى عراكه مع مرئياته وما يسمعه قد يصاب المريض بالأذى الجسمانى .

ويصاب المريض عادة بالحمى وبرعشة شديدة فى اليدين وقد تشمل الرعشة الجسم كله . ويكون النبض عاليا والفم جافا والتنفس سريعا .

٢ — ذهان كورساكوف :

كان أول من وصف هذا المرض العالم الروسى كورساكوف فى سنة ١٨٨٧ وتبدو أهم أعراض هذا المرض فى مجال الذاكرة وخاصة تذكر الأحداث الجارية التى تتصل بنشاطه المباشر فينسى المريض من كان فى زيارته من خمس دقائق وماذا أكل فى الصباح ؟ وماذا قرأ لتوه ، وما الى ذلك ، والعجيب أنه قد يتذكر الاحداث القديمة بدقة .

ويبدو المريض وكأنه مشغول بمحاولة ترميم ذاكرته بسد الثغرات فيها فينتهى به الأمر الى عملية تعرف بالتلفيق confabulation أى يخلط فى الحديث بالإتيان بمعلومات من هنا ومن هناك غير مترابطة وغير متناسقة وينسجها فى إطار واحد فتبدو لا معنى لها ، وهذا العرض من أهم خصائص هذا المرض .

ومشكلة الذاكرة فى هذا المرض هى عجز المريض عن ايجاد رابطة بين خبرات الماضى وخبرات الحاضر أو التمييز بينهما .

٣ ـ هلوسة الخمر واضطهاديتها :

تمثل هلوسة الخمر واضطهاد الخمر مايقرب من ٣٠٪ من ذهانات الإدمان ونسبة الهلوسة والأوهام فيها تماثل مثيلاتهما فى ذهان الفصام وذهان الاضطهاد. وهناك احتمال فى أن هذين المرضين كانا كامنين وأبرزهما إدمان الخمر . وفى الهلوسة يظهر المرض فجأة والعرض السائد هو الهلوسة . أما فى الاضطهاد فتسود الافكار الاضطهادية. والهلوسة تكون عادة سمعية ويسمع المريض أصواتا تؤنبه وتنتقده. وكثيرا ما تسمع الأصوات كمناقشة بين عدد من الأفراد يتحدثون عن المريض بضمير الغائب . وهناك محاولات للانتحار وايذاء النفس تتم بايحاء من هذه الأصوات .

وتتركز أوهام الاضطهاد حول الغيرة إذ يتشكك المريض في زوجته ويحاول التجسس عليها . ونظراً لشكه فى كل من حوله فانه يؤول كل تصرف من تصرفاتهم ويتخذه شاهدا على خيانة زوجته التى يعذبها ويضربها حتى تعترف له بخياناتها. ومن العوامل المساعدة على اذكاء هذه الأوهام الضعف الجنسى الذى يعترى عادة المريض مع وجود الرغبة الجنسية .

الخلاصه :

لا يوجد لدينا احصائيات دقيقة عن عدد المدمنين ، كما لايوجد لدينا الكثير من البحوث التجريبية فى هذا الميدان . ويبدو أن مشكلة الادمان مهملة أيضا طبيا إذ يذكر ونيك (١٩٦١) أنه لايوجد فى الولايات المتحدة سوى ١٥٠٠ سريراً لمدمنى المخدرات فى مستشفيات ينقصها الخبراء .

وهناك اتفاق على أن ادمان بعض المخدرات يؤدى إلى مظاهر ثلاثة هى التحمل الجسمانى ، والاعتياد ، والتواكل بينما لاتؤدى بعض المخـــدرات إلى هذه المظاهر كلها .

والنزعة الحالية تنحو نحو اضافة كل أنواع العقاقير التى يرى الخبراء أنها ضارة بالفرد والمجتمع أو كليهما وتحريمها قانونا .

وسواء أكان السبب فى الادمان هو التعلم والثقافة كما يرى علماء الاجتماع ، أو تكوين الشخصية كما يرى علماء النفس ، أو الجمود على المرحلة الفمية والماسوكية كما يرى علماء التحليل النفسى ، فالعوامل السببية لم تدرس بعد دراسة كافية . لذا يجب دراسة هذه الظاهرة كظاهرة نفسية اجتماعية دون اهمال للتكوين الجسمانى للمدمن .

وإن كان كثير من المدمنين يتخلون عن ادمانهم بعد عشرين أو ثلاثين سنة إلا أن الادمان يعتبر من الأمراض المستعصية التى تقاوم العلاج . إذ أن حوالى ٨٠٪ أو ٩٠٪ من أولئك الذين يجدون علاجا طبيا يعودون ثانية إلى ادمانهم .

والعلاج النفسى سواء الفردى أو الجماعى حتى الآن مع المدمنين لم يتم إلا فى حالات متناثرة وعلى سبيل التجريب ، ولازال هذا المجال جديدا علينا فى مصر ويجب ان يتضمن العلاج الاهتمام بالعيوب الجسمانية ، والتدريب المهنى ، والدينى وتنظيم أوقات الفراغ ، وحل الصراع النفسى بالرعاية النفسية وخدماتها ، وتعويد المدمن على الحياة بدون المخدر ، وتشغيل المدمن ورعايته بعد العلاج .

الفصل الثالث والعشرون

الانتحار

من الظواهر التى يعطيها العلماء حاليا اهتمامهم ظاهرة الانتحار ، إذ يتناولها علماء النفس والطب العقلى ورجال القانون ورجال الدين والتربية ومن إليهم بالدراسة، لذا تعددت الآراء التى تفسر هذه الظاهرة، كما تعددت الدراسات وطرق الدراسة، فمن دراسة الحالات الفردية إلى الدراسات المسحية سواء أكانت هذه الدراسات على مستوى الدولة أو مستوى المدينة ، وكذلك الدراسات المقارنة ، ودراسة مدى توافر هذه الظاهرة بين أفراد المهن المختلفة،وأبناء الطبقات المختلفة، وبين النساء والرجال، بل وفى الأعمار المختلفة خاصة بعد أن أصبح الانتحار بين المراهقين والشباب يكون مشكلة . وقد سبق لنا فى دراستنا لمشاكل المسنين أن بينا مدى تواتر هذه الظاهرة بينهم، ولا تحظى الظواهر الاجتماعية والنفسية بهذا الاهتمام من العلماء إلا إذا أصبحت تلفت النظر وتكون مشكلة .

وكان الجارى عليه العمل فى دوائر النيابة العامة اعتبار واقعة الانتحار جناية قتل عمد مع سبق الاصرار المعاقب عليه بالمادتين ٢٣٠ ، ٢٣١ من قانون العقوبات أو قتل بالسم أو غير ذلك ولكن فى النهاية تقرر بحفظ الدعوى العمومية لامتناع العقاب . وذلك أن المشرع المصرى لايعاقب على هذا الفعل أى لايجرمه وفى خلال سنة ١٩٦٧ أصدر النائب العام تعليمات إلى النيابات العامة باعتبار هذه الواقعة مجرد شكوى إدارى وحفظها .

والحكمة من كل ذلك أن المشرع يعاقب على جريمة القتل إذا وقع فعل القتل على نفس غير نفس الجانى ومن ثم فاذا قتل الجانى نفسه فإن القانون الحالى لا يعاقبه على فعله .

الدراسات المسحية.

ومن عينة الدراسات المسحية دراسة سيدن Seiden (١٩٦٧) عن مدينة سان فرنسيسكو وفيها يقدم تحليلا لدرجة أثر العوامل المختلفة على معدل الإنتحار فى هذه المدينة والمبررات لإرتفاع نسبته فيها عن غيرها من مدن الولايات المتحدة الأمريكية . وفى رأيه أن القول بأن الهجرة الداخلية التى تدفع بالأمريكيين إلى التحرك غربا إلى هذه المدينة وعجز القادمين الجدد عن الهرب من مشاكلهم التى الجأتهم إلى الفرار إليها لا أساس له من الصحة. ولما كانت مدينةسان فرنسيسكو تمتاز بوجود إثنين من الكبارى فيها فقد خيل للبعض أن الكبارى إغراءها فى التشجيع على الإنتحار. وهو يرى أن أثر هذهالكبارى ضئيل فيرفع نسبة الإنتحار. كما يرى أن إستهلاك الخمر كظاهرة من الظواهر التى تتميز بها المدن الكبيرة يرفع النسبة . ويذكر أن التشريح قد بين أن نسبة كبيرة قد ماتت بالتسمم مما يدل على أنه الطريقة المحببة لأهل هذه المدينة للانتحار . وهو يذكر أن الأسلوب الجيد المستخدم فى هذه المدينة للعثور على حالات الإنتحار يجعل سجلات المدينة تمتاز بدقة قد لاتتوفر فى مدينة أخرى ، ولعل ذلك مما يجعل نسبة الإنتحار فى هذه المدينة أعلى من غيرها . وتدل البيانات على أن متوسط السن ونسبة عدديا المتزوجين أكبر من المتوسط القومى . ولما كانت ضواحى سان فرنسيسكو قليلة وتتصل معظم أحيائها بوسط المدينة فإن هذا يرفع من نسبة الإنتحار بالمقارنه بالبلدان الأخرى.

ومن الدراسات التى تمت على مدن أخرى من المدن الكبيرة فى الولايات المتحدة دراسة بريد Breed (١٩٦٧) والتى قارن فيها بين مدينة لوسأنجلوس ومدينة نيوأورليانز.وكانت دراسة سابقة قد بينت أنصعوباتالعمل كانتالسبب

الأساسى لإنتحار معظم من انتحروا من الرجال فى مدينه نيو أورليانز . وجد بريد أن الحالة الزواجيـــة والسن والجنس ومحل الميلاد والتكوين الأسرى والمستوى التعليمى وطول مدة الإقامة فى المدينة ... الخ متشابهة بين أفراد عينة - لوس أنجيلوس والعينـة فى نيو أورليانز . أما الإختلاف ذو الدلالة فهو أن عينـة لوس أنجيلوس كانت مشاكلها الأسرية أكبر وكذلك مصاعب العمل. وقد عزى هذا إلى الذبذبة السكانية فى هذه المدينة وبالتالى صعوبة تكوين علاقات إجتماعية فيها .

وتحتفظ منظمة الصحة العالمية فى سجلاتها بمعدلات الإنتحار فى البلدان المختلفة خاصة المتقدمة منها التى تحتفظ بسجلات دقيقة عن هذه الظاهرة ويتناول العلماء هذه المعدلات بالدراسة من نواح مختلفة ونسوق دراستين من هذه الدراسات إحداهما من تشيكوسلوفاكيا والثانية من إسرائيل ، ففى تشيكوسلوفاكيا يذكر بروكوبك Prokûpek (١٩٦٨) إن هناك إلزام فى تشيكوسلوفاكيا للابلاغ عن الإنتحار ونتيجة لذلك فالاحصائيات تامة فى الفترة ما بين ١٩٦٣و١٩٦٦ . وبدراسته لهذه الإحصائيات يرى أنه على الرغم من أنه لا توجد ظاهرة موسمية فإن نسبة الإنتحار أعلى قليلا فى الربيع وفى الصيف . والإنتحـــار بين الرجال أكثر تواتراً فى الشهور البـاردة ، ولا يوجد فرق من ناحية الوقت ليـــلا أو نهاراً .

وتصل نسبة الإنتحار فى إسرائيل (١٩٦٢) فى الفترة من ١٩٤٩ - ١٩٥٨ إلى ١٠,٥ فى كل ١٠٠,٠٠٠ وهى نسبـه مرتفعة ، ونسبه الرجال إلى النســـاء ١,٣ : ١ وتزيد النسبه بزيادة السن . وكانت أعلى نسب الانتحار بين المطلقين والعزاب والمهاجرين الأوروبين وأقلها بين المتزوجين والمولودين فى فلسطين .

ومن العوامل المساعدة الخلل الإجتماعى نتيجة للهجرة الجماعية ، والأزمات الإقتصادية التى تتعرض لها إسرائيل مع نقص الطعام والمهن والمساكن.

ويلاحظ أن الدراسات المسحية تحاول إبراز العوامل المحلية، وتعطى للظروف الإقتصادية والعلاقات الاجتماعية الأهمية الأولى فى أسباب الإنتحار . ولعل الدراسة التى قام بها دابلن Dublin فى أمريكا (١٩٦٧) تبرز العوامل الاجتماعية لظاهرة الانتحار . وقد قام ببحث العوامل التى تتصل بالانتحار وتتضمن السن ، والجنس ، والجنسية والأصل ، والظروف الزواجية والمقر الجغرافى والمستوى الاقتصادى ، والدين ، والعوامل النفسية والانفعالية فوجد أن الانتحار :

١ - أكثر تواتراً بين الرجال عما هو بين النساء .

٢ - أكثر تواتراً بين البيض عما هو بين الزنوج .

٣ - يصل إلى قمته بين الرجال فى سن متقدمة وعند النساء فى سن ٦٥ .

٤ - أن محاولات الانتحار أو الانتحار غير التام أكثر تواتراً بين صغار السن والنساء والزنوج.

٥ - أن أقل نسبة للانتحار بين المتزوجين وأعلاها بين المطلقين .

٦ - لم تؤثر نسبة الثراء فى نسبة الانتحار ولكن التغير الاقتصادى السريع كان له أثره.

٧ - يقل الانتحار حيث تكون الرابطة الدينية قوية والبنيان الاجتماعى قويا .

الانتحار بين المراهقين والشباب .

من الحالات التى عرضت على المؤلف من عشر سنوات حالة فتاة كان عمرها حين حاولت الانتحار ستة عشر عاما بالسنة الأولى بإحدى المدارس الثانويه . كانت من أسرة الأب فيها مثقف ثقافة عالية ويشغل وظيفه محترمة غير أن الأم كانت غير متعلمة . وكانت الفتاة أكبر أخواتها البالغ عددهم أربعة . ظلت حياتها طبيعية فى المدرسة الاعدادية وفى الأسرة اللهم إلا من بعض الشكاوى التى ذكرتها بعض المدرسات من أن الفتاة كانت إعتدائية فى سلوكها . فلما انتقلت إلى المدرسة الثانويه كان الأب قد بدأ يهجر المنزل لزواجه بفتاة صغيرة . وأثر هذا فى إتجاه الأم نحو نفسها ونحو أولادها . إذ بدأت تهمل فى العنايه بالمنزل وفى العنايه بالأطفال . ولم يكن دخل الأب كافيا للصرف على بيتين ، فلم يتمكن بذلك من تحقيق رغبات الفتاة فى الظهور بالمظهر الذى يرضى ذاتها بين قريناتها . فبدأت تشعر بالعار من مظهرها وملابسها . وكنوع من التحدى زادت هى فى إهمال نفسها مما أدى إلى نفور الفتيات منها وإغاظتها بمظهرها . وفشلت فى تكوين صداقات معهن فى الوقت الذى كانت تتمنى فيه صداقة أى واحدة ودعوة أى صديقة إلى منزلها . إذ باءت كل محاولاتها لتحقيق ذلك بالفشل . وذكرت أنها كانت تخشى دعوة أى بنت إلى المنزل خشية إطلاعها على مظاهر الاهمال فيه مما يزيد من سوء فكرتهن عنها . ولم تجد أما لتفهمها إذ كانت الأم غارقة فى همومها وتصب جام غضبها عليها بحكم كونها البنت الكبرى . كما أنها لم تجد فى المدرسة أى معلمة توليها عنايتها وإهتمامها بل كانت المعلمات على عكس ذلك يتحاملن عليها لمظهرها ولاهمالها فى واجباتها . فحاولت الانتحار فى دورة مياه المدرسة بعد توبيخ إحدى المدرسات لها . وكانت المحاولة لجذب الانتباه اليها ، غير أنها لم

تحقق الهدف بل زادت من عارها أمام زميلاتها . وبعد يومين من ذلك خرجت من المدرسة بعد الظهر . فآوت إلى فناء المنزل المهجور وقطعت شرايين رسغيها بقسوة . وظلت الدماء تنزف منها لمدة ٥ ساعات دون محاولاتها الاستنجاد . فلما شعرت بالاعياء حاولت القيام من مكانها فأغمى عليها . فلما أفاقت جرت نفسها جراً إلى الشارع حيث عثر عليها وهي مغمى عليها.

على أى حال لقد أصبح الانتحار بين المراهقين والشباب ظاهـــرة تسترعى الانتباه ويرى بارتر وزملاؤه (١٩٦٨) بعد دراستهم لمدى تكيف ٤٥ مراهقا ممن حاولوا الانتحار قبل وبعد الايداع فى المستشفى أن السلوك الانتحارى عند المراهقين هو خلاصة ركام إضطرابات عائلية وعدم تكيف إجتماعى يستمر بعد الإيداع فى المستشفى ويؤكد بحثهم :

١ ـ أن المراهقين الذين حاولوا الانتحار سبق لهم المحاولة ولكن تم تجاهل محاولاتهم .

٢ ـ يستمر كثير من المراهقين ممن حاولوا الانتحار فى محاولاتهم بعد الايداع فى المستشفيات .

٣ ـ هناك إرتباط بين الظروف المعيشيه وإستمرار محاولات الإنتحـــار . وترتفع النسبة عادة بين المراهقـين الذين يفتقرون إلى روابط عائلية مشبعـة أو ممن عانوا من فقدان أحد الوالدين وممن كان نشاطهم الاجتماعى ضيقـــا وممن يحتاجون لمساعدات من هيئة إجتماعية أو عيادة نفسية .

ويرى تايتشر وجاكوبز Teicher & Jacobs (١٩٦٦) فى دراستهما للانتحار بين المراهقين أن الأسباب المباشرة لايمكن فهمها إلا فى إطار التاريخ

الكلى لحياة الفرد . والعملية التى تؤدى بالمراهق إلى رؤيته للانتحار على أنه « الحل الوحيد » يبدو أنها تنتج من مرور مشاكله فى ثلاثة مراحل : ١ - تاريخ طويل من المشكلات ٢ - مرحله تصعيد المشكلات بقدوم مشكلات جديدة مرتبطة بالمراهقة فى الخمس سنوات الأخيرة . ٣ - وجود مشكلات حديثة أدت إلى قطع ماتبقى من علاقات إجتماعية لها معنى . والمشكلة هى الشعور بالعزلة .

ويناقش برجسما Bergsma هذه الظاهرة فى هولندا بين أفراد فئة العمر من ١٠ - ٢٤ سنة والنتيجة التى ينتهى إليها هى أن هناك نمطين من المنتحرين نمط لديه رغبه قوية فى الموت ونمط يحاول الانتحار كاستغاثة موجهة للاخرين لاعادة الرابطة بالواقع بالقوة .

وفى دراسة لبجراس Bigras (١٩٦٦) وآخرين فى كندا على مجموعة من الفتيات المراهقات يرون أن الحرمان الأموى والنقص فى العلاقة الأبويه وتحطم صورة الأم من العوامل التى تلعب دوراً هاما فى محاولات الانتحار التى قامت بها ٢١ مراهقة .

ووجد جولد Gould (١٩٦٥) أن الاكتئاب فى صورته الخالصة أو فى صورة مقنعة موجود فى الأطفال والمراهقين الذين حاولوا الانتحار وبدرجة تفوق ماهو مكتوب فى الكتب .

وفى سويسرا درس واج Waage (١٩٦٦) ثمانيـــة عشرة حالة حاولت الانتحار ويتراوح العمر فيها ما بين ٨ - ١٥ سنة كان تصنيفها كما يلى : حالتـان تعانيـان من السيكوباثية، ٨ حالات رد فعل نفسى، ٨ حالات عصاب . كما وجد أن فى نصف الحالات كانت توجد حالات انتحار فى الأسرة نجحت منها واحدة . وأهم عامل هو شعور الطفل بأنه غير محمى وغير محبوب .

وفى السويد حاول أوتو (١٩٦٤) بيان ما إذا كان من الممكن إكتشاف سلوك معين يسبق محاولة الانتحار فى عدد ١٧٢٧ طفلا ومراهقا سويديا تحت سن ٢١ سنة . فوجد أن هناك تغيراً فى السلوك يسبق المحاولة يتضمن أعراض إكتئاب وأعراض عصابية من نوع الشعور بالألم النفسى وعدم الراحة وصعوبة النوم وأعراض نفسجسمية . والأعراض غير المألوفة هى العدوان والاضطرابات السلوكية والثورات الانفعالية .

نستخلص من هذه البحوث ما يلى :

١ - هناك إجماع على أن المراهق أو الشاب الذى يحاول الانتحار لاتأتى اليه الفكرة فجأة ولكن الحادثة يسبقها عادة شعور بالاكتئاب وإضطرابات يمكن أن تشير إلى الاتجاه الذى يسير اليه المراهق أو الشاب . وغالبا ما يتردد فى حديثه الكلام عن الانتحار .

٢ - إذا حاول المراهق أو الشاب الانتحار مرة فهناك إحتمال كبير فى أنه سوف يكرر المحاولة . وغالبا ما لاتثير المحاولات الأولى إنتباه من هم حوله .

٣ - الاضطرابات الأسرية وشعور المراهق بالعزلة من العوامل الهامة التى تهيىء المراهق أو الشاب للانتحار . وفى سنة ١٩٥٩ علق المؤلف * على الحالة السابق عرضها بتأكيد أن حساسية الشاب لنفسه ومظهره وحكم الآخرين عليه ومدى ما يصادفه من مشاكل إذا هز عليه تأكيد دوره وتأكيد ذاته، وعز عليه تقبل الجماعة له ، وفشل فى وجود المثل الأعلى الذى يحذو حذوه من العوامل المهيئة للنزعات الانتحارية . فقد فشلت هذه الفتاة فى وجود المثل فى الأم ولم تجد بديلا لها بين معلماتها .

---

* أنظر المرجع فى علم النفس - دار المعارف الطبعة الاولى ١٩٥٩ والطبعات التالية.

٤ ـ لايرى المؤلف أن الأمراض العقلية تلعب دوراً هاماً فى إنتحار المراهقين والشباب اللهم إلا فى نسبة ضئيلة . أما الأمراض العصابية النفسية فهى وإن كانت غير متمايزه إلا أننا لاننكر أهمية إختلال التوازن النفسى للمراهق والشاب الذى يحاول الانتحار نتيجة لإختلال التكيف الاجتماعى .

الأنتحار ومحاولة الانتحار:

هناك من ينجحون فى الانتحار وهناك من يحاولون الانتحار ويفشلون فيه وقد بينت الدراسات أن من يحاول الانتحار مرة سوف يحاول ثانية وفى فترة قصيرة . لذا إهتم العلماء بدراسة هاتين الفئتين ببيان ما إذا كانت هناك فـــروق بينهما . فقامت روث اتانجر Ettlinger (١٩٦٤) فى السويد ببحث لمقارنة من ينتهى بهم الأمر إلى الانتحار بمن ينتهى أمرهم إلى مجرد المحاولة . فتتبعت نصف الحالات البالغ عددهـا ٤٥٧ ممن حاولوا الانتحار وأودعوا عيادة طب نفسية فى أستكهلم فى الفترة مابين ١٩٥٢ – ١٩٥٧ . فوجدت أنه حتى عام ١٩٥٤ ظل ٢١١ فرداً حيا من ٢٢٧ وحتى عام ١٩٦٤ كان ١٧ منهم قـــد أنتحروا وقارنت بين الحالات التى أنتحرت والحالات التى توقف نشاطهـا عند مجرد المحاولة فوجدت إختلافات لها دلالتها بينها أهمها:

١ ـ أن نسبة تواتر الإنتحار فى عائلات من انتحروا تعادل ضعف التواتر فى الحالات الأخرى.

٢ ـ يزداد تواتر إضطراب الحياة العائلية وعدم إستقرارها أثناء فترة المراهقة بين المنتحرين .

٣ ـ كان المنتحرون أقل فى التدريب فى النواحى المهنية عن المحاولين فقط .

٤ - كانت نسبة الجرائم بين المنتحرين أعلى .

٥ - كما كانت النزعة نحو الافراط فى الخمر والمخدرات بينهم أعلى .

٦ - وكانت الأعراض الذهانية بما فى ذلك الاكتئاب فى سن البلوغ بينهم أعلى ، والحق عدد اكبر من بينهم بالمستشفيات العقلية .

وينتهى البحث إلى أن الفئتين مختلفتان وإن كان يوجد بينهما تداخل .

وقارن تكمان Tuckman وآخرون (١٩٦٨) مجموعة تتكون من ١٥٧ فرداً ممن حاولوا الانتحار أكثر من مرة أى ما بين مرتين وست مرات بعينة تتكون من ١٠٤٥ حاولوا الانتحار مرة واحدة . تم الحصول على نسبة الوفاة نتيجة للانتحار بتتبع أفراد المجموعتين لمدة سنة بعد المحاوله الاخيرة فبينت المقارنة تشابه أفراد المجموعتين فى الخصائص العامة وفى خطر نجاح المحاولات .

وحاول بوكورنى Pokorny فى أمريكا (١٩٦٦) تتبع ٦١٥ حالة من ٦١٨ حاولت الانتحار من بين المجندين السابقين فوجد أن ٢١ حالة أى ما يعادل ٣،٤ ٪ من الحالات قد انتحرت فعلا أثناء التتبع فى فترة طولها من شهر إلى ١٤ ½ سنة ومن نتائج هذا البحث أن السلوك الانتحارى (المحاوله والتهديد بالانتحار والأفكار الانتحارية (من أحسن ما يمكن التنبؤ به على الانتحار فى المستقبل . والذكور الذين كان لديهم هذا السلوك كان إحتمال إنتحارهم يعادل ٣٥ ضعف المعدل المتوقع .

ودرس جياسانللى Giacanelli (١٩٦٥) فى إيطاليا ٣٨٣ محاولة إنتحار

فى الفترة ما بـــين ١٩٥٥ - ١٩٥٧ فبينت الدراسة أن ٣٢١ محاولة كانت من النساء . ومحاولات الانتحـار عند النساء فى رأيه غالبا ما تـكون فاشله وتنتج عن ردود أفعـــال شاذه ولـكنها ليست ذهانية . والوسائل المفضلة للانتحار عندهن هى الحبوب والسوائل والغاز . أما فى الرجال فضعف حالات الانتحار كانت نتيجة لذهان . والوسائل المفضله هى الاختناق والآلات الحادة والقفز من أماكن عالية .

ويشرح وايزمان Weisman (١٩٦٧) دور المستشار الطب نفسى من ناحية من لديه النزعات الانتحارية مبينا كيف أن مبـــادى التشريح النفسى كما وضع مبادئه شنيدمـان Shneidmen وزملاؤه يمكن الافادة منهـــا وهو يرى :

١ - أن الشخـص المعرض للانتحار غالبا ما يكون قد تم الافـراج عنه من مستشفى عام دون تشخيص نفسى كامل ودون وجود تتبع .

٢ - غالبا ما يتم تصنيف محاولات الانتحار كمجرد محاولة .

٣ - غالبا ما يسوق من لديهم النزعة للانتحار آلامهم والضغـوط عليهم إلى طبيب أو صديق .

٤ - إن دراسة الانتحار لابد وأن تقوم على دراسة وافية لطرق الانتحـار والمـــوت .

الانتحار والامراض النفسية والعقلية :

هناك من الأمراض النفسية والعقلية ما تـكون محاولات الانتحار فيها غير مستبعـدة . فبعض المرضى بالهستيريا قد يحاولون الانتحـار وتـكون فى العـادة

محاولاتهم فاشلة لأن الهدف منها فى الغالب لفت النظر اليهم واستدرار العطف أو عقاب من حولهم بإثارة الهلع فيهم . وسبق لنا أن ذكرنا أن الانتحار نتيجة لحالات الاكتئاب فى عصاب رد الفعل الناتج عن كوارث فعلية فى حياة بعض الأفراد كفقدان الثروة أو الفشل فى الحب وما إلى ذلك من الأمور التى يجب الحذر منها .

وتبين السجلات حالات انتحار فى المرضى بالحواز والنيوروستانيا . أما فى الأمراض العقلية فاحتمال الانتحار موجود فى ذهان الاكتئاب ، والاحتمال فيه درجته أعلى من درجة الاحتمال فى الأمراض الذهانية الأخرى التى يتواتر الانتحار فيها أيضا .

وتتعدد الدراسات التى تقارن بين المنتحرين ومحاولين الانتحار من نزلاء مستشفيات الأمراض العقلية وبين زملائهم ممن لا يحاولون ذلك لبيان السمات المميزة .

ففى دراسة لفاربرو وزملائه Farberow etal (١٩٦٦) حاولوا فيها البحث عن العوامل ذات الدلاله فى تاريخ حياة وسجلات ٢١٨ من المودعين فى مستشفيات الأمراض العقلية من الذكور الذين أنتحروا و ٢٢٠ ممن لم ينتحروا وقد وجدوا ١٠٨ عاملا لما دلالتها تفرق بين أفراد المجموعتين فى مجالات الخصائص السكانية ، والتشخيص ، والطفولة المبكرة ، والتاريخ الزواجى ، والتحصيل المدرسى ، والتاريخ العسكرى ، والمصاعب فى داخل المستشفى وخارجها .

وفى دراسة لجرير Greer (١٩٦٦) تتبع فيها ٨١ حالة من الحالات الإنتحارية قارنها بمجموعة تتكون من ٢٨٥ من المرضى غير الانتحاريين .

وبينت هذه الدراسة أن العصابيين من الإنتحاريين يتواتر بينهم الفقدان الأبوى المبكر ، كما كانوا أصغر سنا عند الإيداع فى المستشفى من أفراد المجموعة الاخرى. أما من ناحية الجنس والطبقة الإجتماعية فلم تبين المقارنة فروقا لها دلالتها بين أفراد المجموعتين . وتتفق هذه الدراسة فى بعض نتائجها مع دراسة لفى وزملائه Levi etal (١٩٦٦) إذ قاموا بمقارنة أفراد ثلاث مجموعات من المرضى بأمراض عقليه إحداهما من حاولوا الانتحار بينما تضم الثانية من لديهم نزعات إنتحارية ، والثالثة مجموعة ضابطة. فوجد أن الانفصال فى الطفولة عن الأم وخاصة منذ الميلاد وحتى سن سبع سنوات يتواتر بنسبة عالية بين المحاولين الانتحار دون المجموعتين الآخرتين . وهذه النتيجة متوقعة لأن الاكتئاب أساسى فى معظم حالات الانتحار وقد سبق لنا أن أبرزنا العلاقة بين الاكتئاب وفقدان أحد الابوين (ص ٢٢٧ — ٢٢٨)

وفى دراسة لفاربرو وزملائه Farberow etel (١٩٦٦) غير الدراسة الأولى قاموا فيها بتحليل سجلات إدارة الجنود المتقاعدين المرضى بالقلق أو الاكتئاب ، نصفهم أنتحر والنصف الآخر لم ينتحر . قارنوا المنتحرين بغير المنتحرين فوجدوا فروقا بينهما فى ٢٢ عنصراً سلوكيا وإنفعاليا . وصنفوا الحالات كلها فى إنماط كما يلى : ـ

١ ـ نمط من فقدوا الموضوع من المنتحرين من ذوى الصراعات الحادة فى العلاقات الانسانية .

٢ ـ نمط من اليأس من المنتحرين ممن لحقت بتكاملهم النفسى الإهانة .

٣ ـ النمط الطبى من غير المنتحرين وهؤلاء يعانون من مشكلات جسمانية ،

٤ ـ النمط الأنوى من كل من المنتحرين والمجموعة الضابطة وهؤلاء أصبحت علاقاتهم محدودة بالمجتمع .

٥ ـ النمط ماقبل الأنوى وهؤلاء من المجموعة الضابطة من صغار السن وهؤلاء غالبا فى مرحلة مبكرة من مرحلة الأنويه.

وقام بولن وزملاؤه Bolin etal (١٩٦٨) بمقارنة من حاولوا الانتحار من نزلاء المستشفى بأمراض عقلية أثناء منحهم عطلة يقضونها فى منازلهم بزملائهم الذين لم يحاولوا ذلك فوجدوا أن العناصر التى لم تميز بين الفئتين هى السن ، والحالة الزوجية ، وإدمان الخمر والمخدرات والسلوك المضاد للمجتمع . أما العوامل التى ميزت بينهما فهى الحالة الصحية خلال الستة أشهر الأخيرة ، والفقدان الحقيقى لعزيز أو المتخيل خلال الستة أشهر السابقة ، وتاريخ التهديد بالانتحار ، وتاريخ محاولات الانتحار، وطول آخر إيداع فى المستشفى .

الاسعاف النفسى فى حالات الانتحار :

من المعروف أن من يحاول الانتحار مرة سوف يحاول مرة ثانية وفى فترة قصيرة ومن المسلم به أن حالات الإنتحار تتم أثناء معاناة الشخص من موجة إكتئاب حادة ، يشعر فيها الشخص غالبا بحالة إغتراب عن نفسه . وفى سنة ١٩٥٣ قدم بلاك Bellak أسلوبا من أساليب العلاج النفسى أسماه الإسعاف النفسى emrgency psychotherapy . وهو نوع من العلاج النفسى يقوم على مفاهيم التحليل الفرويدية غير أن الهدف فيه هو إزالة الأعراض، ويستخدم فى حالات الإسعاف التى يتحتم فيها إحداث تغيير فى الفرد فى فترة قصيرة أى ما بين ثلاث جلسات وست على الأكثر . لذا يختلف هذا الاسلوب عن العلاج النفسى الفرويدى بالذات من ناحية الهدف وطول المدة والطريقة إذ لايستخدم فى هذا

الأسلوب أسلوب التداعى الحر المألوف فى التحليل النفسى أو يحاول المعالج من حالات الاسعاف تناول الدوافع اللاشعوريه مباشرة وتفسيرها دون تفسير الدفاعيات ضدها . والخطوات الأساسية فى هذا الأسلوب كما يحددها بلاك هى الاتصال ، والتفسير ، والبصيرة ، والتصرف الذاتى :

ففى الإتصال يتحدث المريض عن مشكلته وتاريخها وحياته الحالية ، وفى التفسير بعد أن يستمع المعالج إلى المريض ويدرك نمط سلوكه وبنيانه وسوء تفسيره للاحداث ، يلفت نظر المريض فى الوقت الذى يراه مناسبا إلى كل ذلك؛ فإذا أدرك المريض ذلك فإن هذه هى البصيرة بعينها ، وحينئذ يتم التصرف الذاتى ويقصد به تطبيق المريض لبصيرته الجديدة فى المواقف المختلفة .

فالإسعاف النفسى إذن ماهو إلا طريقة لعلاج الأعراض التى تتطلب إزالة سريعة لخطرها . وهدفه قاصر على إزالة أعراض بعينها ، ووقته محدود ، ويتم الالتجاء إليه إذا كان وقت المعالج أو المريض محدوداً جدا . وهذا يعنى أن هذا الاسعاف قد يوجه إلى حالة الإكتئاب وحدها على أن يتم العلاج بعد ذلك بالأساليب المألوفة على يد المعالج الذى قام بالاسعاف أو غيره . يؤخذ تاريخ منفصل للحالة ويعطى تفسيره على أساس الديناميكية المعروفة فى التفسير الفرويدى للاكتئاب وخلاصته الكراهية ضد موضوع الحب كجزء من تنازع وجدانى يرتبط باليأس والاحباط من الرغبات الفمية لدى موضوع الحب . وهذه الرغبات ذات طبيعة فمية عدوانية ، وفمية تناولية فى نفس الوقت ، بمعنى آخر لقد امتص من يعانى من الاكتئاب موضوعات حب يشعر نحوها بعدوان . وتمنع أنا عليا قاسية التعبير عن هذا العدوان ، فتوجهت موجة الغضب ضد الأنا .

فيجب أولا تأمين المريض بأن موجة الغضب الموجودة لديه أمر مشروع

ومقبول . ويجب أن يسير التقليل من قسوة الأنا الأعلى جنبا إلى جنب مع زيادة الوعى بالغضب . والمعالج بتمثيله فى هذه اللحظة للسلطة وللانا الأعلى يجب أن يتصف سلوكه بالتقبل والسماحة والتعضيد .

ويجب أن يتم تدريجيا زيادة وعى المريض بمن يجب أن تتجه اليه موجته الغضبية . كما يجب وبحذر شديد زيادة الوعى بالرغبات الفمية السلبية وبتقبلها على أنها مشروعة أيضا . كما يجب تحليل الأحلام إذا كان له دور فى الاسعافات المطلوبة . والتعليم أمر ضرورى إذ يجب أن يتعلم المريض أن النزعات العدوانية والنزعات التواكلية كلاهما جزء من كل شخص وفى حالته كانا يتميزان بزيادة القوة وزيادة الكف .

ويجب إخراج التخيلات الانتحارية من الأعماق لبيان الافراد اللائى تعنيهم هذه التخيلات لدى الفرد سواء كانت شعورية أو لاشعورية. فإذا كانت شعورية فيجب معرفة الشخص الذى تتجه نحوه الموجة العدوانية والمساعدة على تعريف الشخصية . أما إذا لم يكن هناك تخيل شعورى فيجب إيضاح مفهوم « إيذاء النفس لايذاء الغير » . وإذا كان إحتمال معاودة الانتحار كبيرا فيجب إيداع الفرد مؤقتا فى المستشفى مع تشديد الحراسة عليه ، ويمكن أن يساعد الطبيب باعطاء المهدئات وبالتخدير .

القسم الثالث

الباب التاسع

حول العوامل السببيه والعلاج النفسى

الفصل الثالث والعشرون

حول العوامل السببية والعلاج

مقدمة :

يتضح للقارىء بعـد دراسته للاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية المختلفة أنه لايوجد سبب واحد يمكن أن تعزى إليه أى ظاهرة من الظواهر . حقا هناك من العلماء وعلى مر العصور من تحمسوا لعوامل بعينها على حساب عوامل أخرى ، كمن انتصروا للوراثة فى معارضة من انتصروا للعوامل البيئية ، ومن انتصروا للعوامل الجسمانية معارضين للتفسيرات النفسية وهكذا . إن الاتجاه الحالى على أى حال يؤكد تعدد العوامل وتفاعلها إلى الحد الذى لايمكن معه فصل أثر هذه العوامل عن بعضها أو تحديد مدى أثر كل منها . وإذا حاولنا إتخاذ إتجاه عملى بتحديد مجالات تنبع منها العوامل السببية ويمكن أن يتخذ كإطار يفيد فى العلاج النفسى ، فقد وجد المؤلف من خبرته أنه لاتوجـد مشكلة من المشاكل أتت بمريض إلى العيادة النفسية إلا وتوجد أسبابها وجذورها فى مجال العلاقات الاسرية أى علاقة الفرد بأفراد أسرته وخاصـة الاب والام ، وفى مجال علاقاته بالناس أى المجتمع خارج محيط الاسرة بمنظماته المختلفة : الجيرة ، الاصدقاء ، المدرسة ، العمل وما إلى ذلك . وفى مجال علاقته بالله أى إتجاهاته الدينية ومدى شعوره بالذنب وتوقعه لعقاب الله أو عفوه . وسوف نتناول كل مجال من هذه المجالات على حدة .

١ — العلاقات الاسرية

حاولنا فى عرضنا للاضطرابات المختلفة أن نبرز بقدر الامكان إهتمام العلماء بتحديد علاقة الطفل بوالديه وخاصة فى السنوات الاولى من العمر وأثر ذلك على تكوينه النفسى وما قد يعتريه من إضطرابات فيما بعد . والاسرة التى نعنيها هى أسرة التوالد وأسرة التنشئة الاجتماعية فى نفس الوقت لأن أسرة الولادة فى معظم المجتمعات المتحضرة هى الأسرة المسئولة عن التنشئة الإجتماعية . وهذه الاسرة مسئولة عن حماية الطفل ورعايته وإشباع حاجاته الجسمانية والاجتماعية وإعداده للمجتمع الذى يعيش فيـــه عن طريق العمليات التى اصطلح العلماء على تسميتها بالنظم الأولية وهى الرضاعة ، والفطام ، وضبط المعدة ، والتربية الجنسية ، وتنظيم العلاقة مع الكبار ، وتحمل المسئولية . ويرى العلماء أن التكوين النفسى للطفل والذى يجعله يتشابه مع غيره من أطفال ثقافته يتوقف على نوعية الاساليب التى تتبعها الثقافة فى تطبيق هذه النظم وما تتسم به من لين وقسوة . وهم فى ذلك يعتمدون على التفسير الفرويدى ومراحل النمو الجنسى الفرويدية وعمليات النكوص والجمود على مراحل معينة مما سبق لنا شرحه .

على أى حال للاسرة وظائف مختلفة يدخل فيهـــا إلى جانب حماية الطفل ورعايته وإشباع حاجاته الجسمانية والاجتماعية إعداده ليعيش فى المجتمع الذى ولد فيه .

وهناك ماتمنحه الاسرة للطفل مما لا إرادة له فيه . من ذلك مثلا الصفات الوراثية التى يأخذها مناصفة من الاب والام . ولاتنتقل أى صفة وراثية إلا عن طريق ما يسمى بالكروموزومات والجينات وطبقا لقوانين وراثية محددة .

ولعل أهم ما يتأثر بالعوامل الوراثية التكوينات الجسمانية : الطول، الوزن ، لون البشرة ، لون الشعر ، لون العينين ، التكوينات العصبية، معدل نشاط الغدد... الخ. والمعروف أن الوراثة لاتؤثر فى السلوك موضوع الدراسة فى علم النفس إلا عن طريق التكوينات الجسمانية . ويجب أن نؤكد أن إستعداد الفرد وراثيا لصفات معينة لايعنى بالضرورة أن تكشف هذه الصفات عن نفسها إذ لابد من توافر ظروف معينة لظهورها . كما يجب أن نؤكد من ناحية المرض النفسى والعقلى أنه لايوجد إختلاف بين المريض والسوى إلا فى الدرجة ، فكثير ممن يقرأون عن الأمراض العقلية والنفسية يعتريهم الخوف لأنهم يرون نفس الأعراض فيهم . وهذا صحيح إلا أنهم ليسوا بمرضى . وكلنا لدينا إستعداد للانهيار غير أننا نختلف فى درجة مقاومتنا ، وقد يكون لدى الفرد مقاومة عالية إلا أنه يتعرض فى حياته لما يحطم مقاومته. على أى حال نحن وإن كنا لاننكر أثر الوراثة فى بعض الإضطرابات إلا أن الوراثة وحدها ليست كافية فهناك عوامل أخرى كثيرة ومعقدة لابد أن تؤخذ فى الإعتبار لكى يكون للعوامل الوراثيه أثرها .

وتمنح الأسرة الطفل بالإضافة إلى ما يورثه له الآباء إسمه ، وقد يتقبل هذا الاسم فيما بعد أو يشعر بأنه سبة ويتمنى تغييره ، كما تمنحه دينه ويتوقف مدى تقبله لهذا الدين على مدى مايضفيه عليه من راحة نفسية ، ومدى القسوة أو اللين ، والتهديد والوعيد ، والمعقول واللامعقول فى الأساليب التى يلقن بها تعاليمه ، بل ونظرة المجتمع الذى يعيش فيه إلى هذا الدين وما يلحقه نتيجة لإعتناقه من اجحاف أو إمتيازات . وتعلمه الأسرة اللغة التى يتكلمها وطرق التعبير عن حاجاته ورغباته والعادات المختلفة وأساليب السلوك التى يقرها المجتمع والتى نابت الأسرة عنه لتعليمها له . وكل هذا يدخل ضمن مايسمى بالميراث

الإجتماعى . ومن ضمن هذا الميراث الابوان . فليس لأى طفل إرادة فى إختيار أبويه ولا المستوى الاجتماعى والاقتصادى الذى جاءا منه . ولم يتخير من بين الناس إخوته ، بل لم يكن له الخيار فى أن يعيش بإخوة أو دونهم ، أو فى تحديد ترتيبه بينهم ، أو تحديد جنسه وجنسهم . ويتوقف التكوين النفسى للفرد على كل ذلك . إذ يختلف التكوين النفسى للمسلم فى ثقافة إسلامية عن المسيحى فى ثقافة مسيحية أو ثقافة إسلامية ، وابن الطبقات المحرومة عن إبن الطبقات المستغلة ، والولد الوحيد عن الولد الوحيد بين مجموعة من البنات ، وعن البنت الوحيدة ، أو الوحيدة بين مجموعة من الصبيان ، وإذا ماكان الطفل الأول أو الاوسط أو الاخير . فالتكوين النفسى للفرد إذن حصيلة لعوامل عديدة تتشابك وتتفاعل فيه عوامل الميراث الطبيعى والميراث الاجتماعى .

وقديما كانت الاسرة تمتد لتشمل العمات والخالات والاعمام والاخوال وأبنائهم وبناتهم والجدود والجدات وغيرهم من الاقارب . وكان لدى الطفل بدلا من الاب عديد ممن يقومون مقامه وبدلا من الام عديدات يقمن مقامها . حقا كان لدى الطفل أكثر من الابوين ممن يسعى لارضائهم غير أنه كان لديه من يعطيه الحب والعطف إذا ما عجز الأبوان عن ذلك . ونلاحظ حاليا نوعا من الاستقلال والانفصالية بين أسرة التوالد وأسرة الاقارب . إذ يستقل الزوجان عن بقية الأسرة ، وهذا أمر أصبح فى حكم الضرورى فى ضوء التغيرات الثقافية إذ وجد أن ما تسعى اليه الفتاة فى الزواج هو أن يكون لها بيت مستقل ، ولها رجلها وأبناؤها . ولم يعد للجدات والخالات والعمات وغيرهن من الاقارب ماكان لهن من أثر فى حياة الطفل . وأدى مثل هذا التغير فى حجم الاسرة وفى طبيعة تكوينها إلى التأثير فى تنشئة الطفل . إذ بسط مواقف التنشئة الاجتماعية .

فلم يعد لدى الطفل أفراد كثيرون يسعى لإرضائهم ، كما أدى إلى زيادة الرابطة بين الطفل وأبويه . فقديما كان يجد بديلا للأبوين فى الأقارب العديدين. وكان النموذج الذى يحتذيه الطفل صورة مجردة من عديد من الأفراد . فأصبح هذا النموذج ممثلا فى فرد واحد هو الأب أو الأم . وقد يكون النموذج رديئا أو جيداً ولابديل له . وقد يفقد الطفل النموذج من نفس جنسه بالموت أو الطلاق أو الإنفصال أو ماإلى ذلك ولايجد من يحل محله أو النموذج الذى يحتذيه، والبحوث التى تبين أثر غياب صورة الأب أو صورة الأم والإنفصال عن الأب وعن الأم عديدة . نتيجة لذلك كله أصبح الطفل يشعر باستمرار بعدم الإطمئنان لعدم وجود البديل ومن يلجأ اليهم إذا فقد الأفراد القليلين الذين يعتمد عليهم . ويذكر المؤلف أن إبنه الأكبر وهو حاليا فى الثانية عشرة من عمره سأله وهو فى سن السادسة فى السنة الأولى الإبتدائية وكان قد تعلم الذهاب إلى المدرسة والمجىء منها وحده ليجد إما والده أو والدته فى إنتظاره وكلاهما يعمل ... سأل إذا حضرت ولم أجدك فماذا أفعل .. ؟ ! قلت له : ستجد ماما ... قال : وإذا لم أجد ماما ... ؟ ! قلت ستجدنى فقال ... وإذا ماتت ماما ومت أنت فمن أجد ؟! ولن نخوض فى تفسير هذا الحوار إلى أعمق مما يدل عليه . فهو يدل بوضوح على ما يعترى الطفل من قلق لإضطراره للاعتماد على عدد محدود من الأفراد قد يفقدهم فى أى وقت .

وأدى الاتصال المباشر بين الطفل ووالديه إلى زيادة سلطة الأبوين. والإعتماد على مصادر السلطة يصحبه وجود خطر الإنفصال عنها مما قد يتخيله الطفل وماقد تقويه أساليب المعاملة التى يتعامل بها الآباء مع أبنائهم إذ بينما يتوقع الأبناء الحب من الآباء فقد يجدون الكراهية أو التدليل الزائد وكلاهما ضار ، وبينما

يتوقعون التقبل يصدمهم النبذ ، وبدلا من الاهتمام يجدون الاهمال وهكذا . لقد تناول العلماء النبذ ، والإهمال ، والكراهية ، والقسوة ،والتدليل الزائد، وإشباع الآباء لحاجاتهم غير المشروعة على حساب الأبناء وغير ذلك من الأنماط السلوكية لبيان أثرها على الصحة العقلية للطفل وما يعانيه من إضطرابات فى مستقبل حياته. ودراسة هذه الأساليب فى ديناميكية العلاقة بين الطفل ووالديه كانت المصدر الذى أوحى لفرويد بعقدة أوديب وملحقاتها من عقد ونظريته فى التكوين النفسى والنمو الجنسى ، وأوحت لهورناى واريك فروم وهارى ستاك سوليفان وغيرهم بالاسس التى يفسرون بها القلق الاساسى ، ولاصحاب نظرية الذات وعلماء الإجتماع باسس تفسير تكوين فكرة المرء عن نفسه وتحديد دوره ومركزه . فكأن المعاملة التى تعامل الاسرة بها الابناء سواء أكانت أساليب المعاملة أنماطا سلوكية تسود فى المجتمع أو أنماطا سلوكية تختص بها أسرة بعينها تبعا لتفسيرها الخاص للمعايير الإجتماعية أو لإنحرافها عن هذه المعايير هى الاساس الذى تتخذه معظم النظريات لتفسير السلوك وما تحاول الكشف عنه أساليب العلاج النفسى المختلفة .

لقد أفاض العلماء فى بيان الاسباب والعوامل التى تؤدى بالآباء إلى معاملة الابناء معاملة خاصة تخالف ما هو متوقع وسنحاول فيما يلى الكشف عن بعض هذه العوامل فى ثقافتنا مع التركيز على شعور الآباء نحو دور الابوة .

يجمع الزواج بين رجل وامرأة لكل منهما مكونات شخصيته الخاصة. وتفترض الثقافة أن يصل كل رجل وكل امرأة فى سن معينة إلى مرحلة الإستعداد للزواج والإقبال عليه . ويؤدى الضغط الثقافى بكثير من الرجال والنساء إلى الزواج لا بهدف واضح سوى أن المجتمع يتوقع منهم ذلك . ويتم الزواج . والزواج

السعيد هو الذى يتوفر فيه التكافؤ بين الزوجين إقتصاديا وإجتماعيا وثقافيا وفكريا مع تقارب فى الميول والإتجاهات وليس من الضرورى فى الواقع العملى أن يتحقق ذلك . فالفتاة صغيرة السن التى تتزوج رجلا مسنا ، والمتعلمة التى تتزوج رجلا أقل منها ثقافة ، والفقير الذى يسعى لزواج امرأة ثرية والعكس بالعكس أو من تتزوج من غير دينها أو من غير أبناء وطنها وكذلك من يتزوج من غير دينه ومن غير بنات وطنه لايمكن أن نقول إن التكافؤ موجود وإن إحتمالات النجاح فى مثل هذا الزواج كبيرة . إنما العكس هو الصحيح . وفى مراحل التغير الثقافى لابد أن نتوقع مثل هذه المفارقات وبالتالى عدم التوفيق . وتعانى مصر من إرتفاع نسبة الطلاق فيها لعدة عوامل لعل أبرزها حاليا التغير الثقافى الذى نمر به وبدرجة سريعة والذى يصحبه تزلزل القيم القديمة مع عدم وضوح قيم جديدة لم تتبلور بعد لتحل محلها . ولاشك أن التكافؤ بين الزوجين يتبعه ضرورة تقبل كل منهما لأهل الآخر ولأصدقائه بالإضافة إلى معرفة الرجل لدوره ومعرفة المرأة لدورها فى ثقافتها وفى العلاقة الزوجية ونشأة كل من الزوج والزوجة فى بيت لم تهدده الخلافات الزوجية أو الموت أو الطلاق . لأن الآباء يضربون لأبنائهم المثل على ما ستكون عليه حياتهم الزوجية فى المستقبل . ويجد الأبناء ممن لديهم مثل هذه الخبرات صعوبة فى الأيام الأولى للزواج فى التكيف للحياة الجديدة فإذا ما فوجئنا بالحمل فقد يؤدى هذا إلى تعقد مشاكلها لتوقع زيادة المسئولية .

ولاشك أن الحمل يصحبه تغيرات فسيولوجية عند الزوجة تشعر معها بالضيق وسرعة الإستفزاز . فإذا أضفنا إلى ذلك مايؤدى اليه الحمل من تغيير فى المظهر الجسمانى مما يسبب ضيقا للزوجة المعجبة بمظهرها وجمالها أدركنا

ما قد يسببه لها ذلك من مشاكل تضاف إلى حصيلة مشاكلها الأولى مما يحدد اتجاهاتها نحو الطفل ، فقد تكرهه قبل مجيئه .

وتتحدد معاملة الآباء للطفل بعامل آخر هو مدى رغبتهم فى طفل من جنس معين فقد يرغبا فى ولد فينجبان بنتا أو العكس بالعكس . وكم رأينا من الازواج من ينفرون من بيوت الزوجية لمجرد أن الزوجة قد أنجبت بنتا بينما كانوا يرغبون فى طفل ولدا .

وتؤدى ولادة طفل جديد فى الاسرة إلى تغيير نمط حياة الاسرة . إذ يضطر الاب وتضطر الام إلى التخلى عن كثير من حريتها للعناية بالطفل . إذ تضطر الام إلى صرف وقت أطول فى المنزل تقضيه فى عمل مستمر لإرضاء مطالب الطفل وقد يؤدى هذا إلى صرفها عن الاستجابة لمطالب الاب الذى يتحتم عليه أن يعتمد على نفسه فى كثير من الامور التى كانت تؤديها زوجته . وتبدو المشكلة بشكل أكبر مع الامهات العاملات . وبزيادة التعليم وضرورة إستخدام الدولة لكل الطاقات البشرية وبزيادة التحول الإشتراكى والمساواة بين المرأة والرجل فى الحقوق والواجبات وتحقيق مبدأ من يعمل يأكل ومن لا يعمل لا يأكل ستزداد مشكلة الام العاملة التى عليها أن توفق بين أداء واجباتها نحو أبنائها ومنزلها ونحو العمل . مع عدم وجود الخدمات والامتيازات التى تحظى بها الأمهات فى المجتمعات الاشتراكية والتى يمكن أن تساعد على التخفيف عن الأمهات . إن الطفل على أى حال يتطلب الحب غير المشروط الذى يشعر فى كنفه بالامن والاطمئنان ، ولا يكفى أن نقول إننا نحب أبناءنا ، إذ لابد أن يظهر الحب فى سلوكنا نحوهم وفى معاملتنا لهم ... وأهم ما يجب أن تتميز به هذه المعاملة هى الثبات والاضطراد والحرارة التى تجعل من كل من الام والاب خبرة سارة ودون إستغلال للابناء ودون إستغلالنا لما هم فى حاجة

إليه من الحب أى دون أنانية ودون إستخدام الحب للترغيب والترهيب أو استغلاله كسلعة لها ثمن على الطفل أن يدفعه .

والتناقض الوجدانى أمر حتمى فى عملية التفاعل بين الآباء والأبناء مادام الآباء أصحاب السلطة والسلطة كثيراً ما تكون غير منطقية . ولن نكرر ما قاله إريك فروم فى هذا المقام وما سبق لنا شرحه ولكن يكفى أن نذكر أننا شاهدنا فى كثير من الحالات شعورا بالعداء والبغضاء نحو الآباء مكبوتا ومصحوبا بالشعور بالذنب ، جذوته مشتعلة رغم السد المقام حوله ، لكن لهيبه يصيب كل من يتعامل مع من يعانى من هذا الشعور ، ويزيد اشتعال هذا الشعور تعامل الآباء مع أبنائهم مما يستشف منه الابناء الكراهية أو النبـذ أو الإهمال أو الاستغلال سواء فى الواقع أو فى الخيال . وهكذا يستبدل الحب بالكراهية ، والشعور بالأمن بشعور بالقلق ، والتحرر النفسى بالشعور بالذنب .

ويقسم روزنزويج (١٩٤٤) ردود الأفعال الناتجة عن الاحباط والفشل فى الغضب إلى ما يأتى :ـ

١ ـ مجابهة مصدر الفشل والإحباط بالغضب والإعتداء اللفظى أو الجسمانى أو التهديد والتحقير . ويسمى مثل هذه الردود بردود عقابية موجهة إلى الخارج (extropunitive) . والفرد الذى يصبح هذا أسلوبه الأساسى يتحول إلى « ناقد مر »

٢ ـ لوم النفس أو الذات وتحقيرها والشعور بالذنب . وقد يصل الحد إلى توجيه الموجة الغضبية إلى محاولة الاعتداء على النفس وإيذائها . وتسمى هذه الردود وأمثالها بردود عقابية موجهة إلى الداخل (intropunitive) .والفرد

الذى يصبح هذا أسلوبه السائد يتميز بأنه كثير الاعتذار ويتقبل توبيـــخ الغير بسهولة .

٣ ـ عدم القاء اللوم على أحد والقائه على الظروف وقلة الحيلة ويسميها بالعقابية الخامدة (impunitive) فإذا أصبح هذا النمط فى السلوك أساسيا فقد يقلل الشخص من مشاعره وأفعاله العدوانية ويفشل حينئذ فى تقدير آثارهما على الغير أو على نفسه .

والخلاصة أن الطفل فى السنتين الأوليتين يعتمد على أمه أعتمادا كليا ويكون الفم اداته فى التعامل مع المجتمع الخارجى ويرى اريكسون (١٩٥٠) أن هذه المرحلة هى التى تبذر فيها بذور الثقة أو عدم الثقة بالناس وبالعالم الخارجى والشعور بالتفاؤل أو بالتشاؤم تبعا للمرور بهذه المرحلة بسلام أو التعرض إلى احباطات . فإذا تركنا هذه المرحلة جانبا وانتقلنا إلى المرحلة فيما بين الثالثة والسادسة نجد أن الطفل فى هذه المرحلة يسعى إلى الاستقلال عن الأم نتيجة لاستقلاله الجسمانى بتعلمه المشى وتناول الأشياء بيده وسيطرته على حركته واتصاله اتصالا مباشرا بعناصر البيئة التى تشبع حاجاته . ويتميز سلوكه فى هذه المرحلة بالسلبية إذ يرفع راية العصيان ضد السلطة . والكلمة السهلة لديه هى كلمة لا إجابة لكل أمر . وهذا تجريب لتحقيق استقلاله وشعوره بالذاتية . وتصبح مشكلته مع الكبار فى انهم يقفون فى طريقه . وتصبح النزعات الاعتدائية والتحكم فيها من أهم مشكلات هذه المرحلة . والمشكلة هى كيفية توجيه النزعات الاعتدائية حتى لا يتم تأجيل التعبير عنها ، أو تستتر تحت غطاء آخر أو تتحول نحو من لايستحقها . ويعانى كثير من المترددين على العيادات النفسية للتوجيه

أو العلاج من نزعاتهم العدوانية لفشل الآباء في تناول هذه النزعات في هذه المرحلة من العمر .

وبعد هذه المرحلة ينتقل إلى المدرسة حيث يبدأ تأثير المجتمع الخارجي .

ب — العلاقات بالناس

يأتي المرضى إلى العيادات النفسية وعلاقاتهم بالغير مجال من المجالات التي لمسوا فيها إضطرابهم . والشكوى العادية هي الانطوائية وحب العزلة وكراهية الناس والخوف منهم ، وغيرة الآخرين منهم أو غيرتهم من الآخرين ، والخوف من إستغلال الناس لهم وإضطهادهم ، ومـــا إلى ذلك . ويكشف الكثيرون عن أنماط عدوانية في التعامل مع الغير مع إيجاد المبررات اللازمة لذلك . كما يكشفون عن كراهية للذات ونزعات انتحارية .

إن الأسرة إذا كانت مسئولة في المقام الأول عما يعترى الأبناء من إضطرابات فإن المجتمع مسئول أيضا ، لأن المجتمع من الممكن أن يكون مجتمعا مريضا يحول دون إشباع حاجات أفراده ويسبب لهم الصراعات والاحباطات . حقا إن الأسرة تضع أساس الانماط التي يستخدمها الفرد فيما بعد مع الجماعات الاخرى خارج نطاقها . فإتجاه الإبن مثلا نحو السلطة يتحول من الأب إلى المدرسة إلى الحكومة وهكذا . إلا أننا يجب أن نقرر أن عملية التنشئة الاجتماعية وتهيئة الفرد لمجتمعه لاتقتصر على الأسرة . فالأصدقاء والجيرة والمدرسة والجماعات الاخرى التي يتحرك فيها الفرد مسئولة عن هذه العملية أيضا . فالجماعات تعمل بنفس الطريقة كالأب والأم مستغلة الثواب والعقاب . لأن الانتماء للجماعة يشبع كثيرا

من حاجات الفرد وعدم الانتماء يجعل الشخص يحس بالعزلة ويعانى من القلق . فالطفل الذى يختلف دينه عن دين الغالبية فى مجتمعه على سبيل المثال لايشعر بهذا الاختلاف فى محيط الأسرة وفى التعامل مع أفرادها ولكنه يبدأ فى الاحساس به إذا انتقل إلى المدرسة مثلا وعامله الأطفال على أنه مختلف عنهم. وسوف يتساءل لماذا هو مختلف ، وما معنى أن دينه كذا ودين الآخرين كذا ، وما الفارق ، وهل الله فى هذا الدين يختلف عن الله فى ذاك ... ولاتحل له الاجابات التى يحصل عليها مشكلته أو الصراعات التى يقع فيها والتى لابد أن تنعكس على تفاعله مع الآخرين وتفاعل الآخرين معه .

وتتطور أساليب الطفل فى التعامل مع الآخرين بتطوره وإنتقاله من مرحلة إلى مرحلة من مراحل النمو. وقد أمدنا علماء النمو بقوائم تفصيلية للسلوك الاجتماعى للطفل فى مراحل النمو المختلفة . ولايعد أى أسلوب من الأساليب شاذا مادام يتفق ومرحلة النمو التى يمر بها الطفل . والمفروض أن هناك عمليات يجب على الفرد أن يتعلمها تنشأ كما يقول هافجهرست (١٩٤٩) من إرتباط عوامل ثلاثة تعمل معا هى النضج الجسمانى ، والضغوط الاجتماعية ، وشخصية الفرد أو ذاته . والعمليات التى تنشأ من إرتباط هذه العمليات تسمى بالعمليات الارتقائية . والعملية الارتقائية developmental task عملية تنشأ فى فترة معينة من عمر الفرد يؤدى أداؤها بنجاح إلى سعادته ونجاحه فى عمليات مقبلة ، ويؤدى الفشل فيها إلى تعاسته وعدم رضا المجتمع والصعوبات فى القيام بعمليات تالية .

ولعل من المراحل الهامة التى يتجلى فيها أثر المجتمع المرحلة التى ينتقل فيها الطفل من محيط الأسرة إلى المدرسة فينطلق إلى أحضان جماعة الأصدقاء، وينطلق

جسمانيا إلى عالم الألعاب الجماعية والعمل الذى يتطلب مهارات عقلية عصبية ، وينطلق عقليا إلى عالم مفاهيم الكبار والمنطق والرمزية والإتصال . وعالم المدرسة عالم لايسيطر عليه الآباء والإخوة كل السيطرة ، وعليه أن يعتمد على نفسه لساعات طويلة ، ويصبح مسئولا أمام سلطات أخرى غير سلطة الآباء . وقد يؤدى ذلك إلى خلق مشاكل للآباء لا للابناء . إذ يصبح الطفل فى المدرسة عضوا فى جماعة الزملاء وعليه أن ينصاع لمعاييرهم ، وعليه أن يتعاون معهم ، ويشاركهم فى هذه المعايير . ولم يعد إختيار الأصدقاء قاصراً على من يحيطون به فى بيئة المنزل أو الجيرة .

إن الثقافة عن طريق الأسرة والجماعات الأخرى تقوم بضغط على الفرد فى جميع مراحل حياته لينصاع للطرق والعادات المتبعة فى جماعته وهذا أمر ضرورى وحتمى إذ بدون هذا الضغط لن تستمر الجماعات أو الثقافات ولكنها تتفكك وتتحلل . ومن التناقض أن يكون عامل الإنصياع الذى يحفظ للجماعة بقاءها هو نفسه معوقا لتقدمها . ومن حسن الحظ أن يكون هناك من الأفراد من لاينصاعون فيصبحون المجددين والمطورين للثقافة .

والإنصياع الاجتماعى social conformity يقوم [illegible] (١٩٥٤) على عوامل ثلاثة هى المشاركة الوجدانية sympathy ، والتقليد imitation ، والايحاء suggestion [illegible] التقمص identification (أنظر ص ٢٠٣) [illegible] على أن التقمص إستعداد لدى الفرد يجعله يشبه آخر أو آخرين يتخذه أو يتخذهم [illegible] .

ويغطى التقمص المفاهيم التالية :

١ - التحديد الفئوى : أى معرفة طبقات وفئات وأعضائها . فعلى سبيل المثال إذا قال الطفل أنا ولد فهذا يعنى عنده أن الأولاد يفعلون هذا ولا يفعلون ذاك ... وهكذا . والتحديد الفئوى ينظم ويبسط ويحدد .

٢ - التقليد : أى تقليد النموذج فى السلوك . وهو يمدنا بمجالات للمحاولة والخطأ . ويتعلم المرء عادة بطريقة أسهل إذا رأى النموذج يقـــوم بما يريد تقليده .

٣ - تقمص موضوع الحب وتقمص المعتدى : يتكلم المحللون النفسيون عن هاتين العمليتين كعمليات دفاعية ضد الخطر النفسى . ويتقمص الفرد موضوع الحب حتى يتحرر من الإعتماد على الغير لإشباع حاجاته الايجابية . فمثلا . إذا أحبتنى أمى ، فإنى سأتعلم حب نفسى ، ويعنى هـــذا أنه سيكون هناك من يحب نفسى إذا غابت أمى ... هو أنا . بمعنى آخر ... أريد أمى أن تستمر فى حبى ، فإذا أخذت عنها أفكارها وسلوكها وتوقعاتها وقيمها .. الخ حتى تصبح هـــذه الأشياء جزءاً منى فإنها ستستمر فى حبى . أما تقمص المعتدى فإنه يتم حتى يتمكن المرء من ضبط العدوان الذى يأتى من مصدر خارجى كاستجابته للسلوك السىء للفرد . فمثلا إذا فعلت شيئا خطأ ، وعاقبت نفسى عليه ، فلن يوجد شخص آخر ليعاقبنى .

٤ - تعميم المنبه : ويعنى هذا ان الفرد يتصرف إزاء فرد او جماعة وكأنها فرد أخر أو جماعة اخرى . فأعامل الكبار مثلا كما اعامل أبى لانهم كبار مثله وهكذا .

وعموما فالاهمية لدور الثواب والعقاب الذى توقعه الجماعة بأفرادها لينصاعوا

ومادام المجتمع يشكل أفراده ، ومن الممكن أن يكون المجتمع مريضا ، فقد يؤدى بكثير من الناس كما قال سوليفان إلى أن يصبحوا كاريكاتورات مشوهة لما كان يجب أن يكونوا عليه . وفى رأى زميله فروم أنه إذا كانت الثقافة مريضة وعوامل الهدم فيها هى الغالبة فإن الاحباطات التى يتعرض لها الفرد تؤدى به إلى أن يكون هداما لنفسه ولغيره . وعلى هذا الأساس يمكننا أن نفكر فى المجتمع كسبب للانحرافات وللامراض . وتبعا لذلك يكون المجتمع نفسه بشكل ما وبصورة ما مجتمعا مريضا . وتكلمت هورناى (ص ٧٦) عن الاساليب المرضية المكتسبة التى يحاول الإنسان الانتماء بها للغير كالإتجاه نحو الناس أو بعيداً عنهم أو ضدهم . وتكلم فروم (ص ٦٨) عن الطرق غير المنطقية للانتماء والتى هى فى العادة واحدة من ثلاثة : السادية الماسوكية ، والهدم ، والانصياع الآلى . وأعطانا أنماطا من الخلق هى العيل ، والاستغلالى ، والكنوز ، والسلعة . وفى رأيه أن الثقافة هى المسئولة عن تكوين مثل هذه الانماط. وأعطانا سوليفان بالمثل (ص ٧٢) أنماطا للناس طبقا لاتجاهاتهم فى التعامل مع الغير هى : السيكوباثى ، والغارق فى ذاته الذى يعيش فى عالم الخيال والامانى ، والمقاوم للتقويم الذى يعادى كل الناس ما عدا أقلية يشعر أنه سيدها يعطف ويحنو عليها ، والسلبى ، والمتلعثم اجتماعيا ، والطموح ، واللا إجتماعى المنعزل ، والعاجز ، والمنحرف جنسيا ، والمراهق المزمن .

ولاشك أن هذه الانماط وهذه السبل من سبل التعامل مع الناس رآها هؤلاء فى الثقافة الغربية وكحصيلة للحياة فيها . وليس من الضرورى أن توجد مثل هذه الاساليب ومثل هذه الانماط فى أى ثقافة اخرى وان كانت تبدو أنها تصدق على انماط واساليب موجودة فى ثقافتنا . ان لدينا الانماط والاساليب المرضية التى

يحاول الكتاب تحديدها . ويتكلم الناس عن الفهلوى المصرى ، والإنتهازى ، وجرسونات السلطة وخدامها ، والبفة ، والنذل ، والسلبى ، والإستغلالى ومن إليهم . ولاشك أن هناك شبها بين هذه الأنماط ومثيلاتها عند كتاب الغرب وإن كان لأنماطنا طابعها الخاص الحتمى نتيجة للاختلافات الحتمية بين ثقافتنا والثقافة الغربية .

إن هناك من العلماء من يرفضون رؤية أخطاء فى النظام الإجتماعى ، ويرون أن المجتمع سوى ومعقول . ويتخذون ذلك كخلفية ناصعة تبرز عليها بقع سوداء تتكون من المنحرفين والمجرمين والسيكوباثيين والعاهرات ومن إليهم من المرضى ، وهؤلاء يجب أن يعاقبوا أو يزالوا حتى يحتفظ المجتمع بنقائه ونصاعته .

لقد أشرنا فى الفصل الثالث فى شرحنا لمعنى الصحة العقلية إلى أننا نرفض القول بأن الناس يمكنهم أن يتكيفوا لأى ثقافة وأى بيئة لأن الثقافة نفسها قد تكون مريضة والبيئة مريضة ، وأن محاولة التوافق معها ليس من الصحة العقلية فى شىء . ويعنى هذا كما سبق أن ذكرنا أنه من الممكن أن يكون هناك مجتمع مريض ومجتمع صحى سليم وإذا وجد المجتمع الصحى فإننا يمكن أن نخطط للعلاج الاجتماعى . والمجتمع الصحى فى رأى فروم هو المجتمع الذى يشبع حاجات الناس إشباعا مناسبا . والمجتمع المريض هو الذى يغيض بأنواع الحرمان والتحريمات والاحباطات . ويخطىء أطباء النفوس إذا ظنوا أن مهمتهم هى مساعدة مرضاهم على التكيف للقيم والظروف القائمة . إن التكيف يتطلب الإدراك الواضح لكل المظاهر الهامة للواقع . فالمدرسة على سبيل المثال مسئولة عن إخراج مواطنين ناضجين لامعاتيه سعداء ، والجامعات مسئولة عن أن يشعر الشباب بالاحباطات

والتناقضات والصراعات فى المجتمع القائم حاليا حتى يتمكنوا من الاختيار بين السبل الممكنة للعمل .

والخلاصة أن التنشئة الاجتماعية ومعاملة الإسرة لأبنائها تخلق توترات وإحباطات إلا أن أوجه النشاط الاجتماعى فى المستويات خارج الأسرة قد يكون لها قيمتها فى التخفيف من هذه التوترات ومساعدة الفرد على التكيف . وهناك من الادلة ما يدل على أن الإصلاح الاجتماعى يقلل من الصراعات على مستوى الجماعه الاولية . والعكس بالعكس فمن الممكن أن يزيد المجتمع من هذه التوترات والاحباطات .

أمام كل ذلك لماذا إذن يقاوم الناس التغيير وتصحيح الاوضاع فى مجتمعهم ولا يبذلون أى مجهود أمام النكبات لتعديل بيئتهم والتخلص من العوامل والظروف التى أدت إلى نكباتهم . لقد قدم البورت وبرونر وجاندورف (١٩٤١) تحليلا ممتازا لذلك . إذ حللوا المذكرات الشخصية المفصلة لتاريخ ٩٠ من ضحـــايا الاضطهادات النازية . ولم يسعهم سوى تقرير أن المفحوصين قاوموا الاعتراف بخطورة الموقف الذى عانوا منه . وفى الحالات التى تحقق فيها أصحابها من الخطورة فشلوا فى البداية فى القيام بتوافق واقعى للموقف وهناك أربع عمليات نفسية حالت دونهم ودون مجابهة الموقف على اساس واقعى هى : .

١ ـ المثابرة على تحقيق اهداف تفرضها الثقافة مثل امن الاسرة ، وتربية الاولاد ، والنجاح فى العمل وما إلى ذلك .

٢ ـ الحاجة إلى الاحتفاظ بمجال حياة معالمه محددة . إذ ان إختيار مجال جديد للعمل يهدد الامن ويقلب نظام انماط السلوك المعتادة ويضطر الفرد إلى التكيف لأنماط جديدة .

٣ ـ إيجابية جاذبية المألوف .

٤ ـ الميكانزمات الدفاعية اللاشعورية مثل إنكار الخطر وتبرير الموقف والتخييل والعزلة المؤقتة وكلها تعاونت على الكف عن القيام بعمل واقعى . ويمكن التعرف على هذه العمليات حتى فى تفكير وسلوك الأفراد الذين لم يلحقهم الأذى . والعجيب أن كثيرا من الافراد يتعذبون ومع ذلك يظلون متمسكين بانماط حياتهم مثلهم فى ذلك كمثل البالغ المضطرب الذى يظل متعلقا باشباعات طفلية ، ويقمع فى نفسه السعى للنضج الإجتماعى والجنسى . إن النازية لما هددت المانيا تجنب كثير من الاحرار والأذكياء اتخاذ أى خطوة شاعرين بعدم المسئولية الشخصية ولما نشأت الدكتاتورية عانى هؤلاء الناس من الإحباط وعدم التكيف وقاوموا وماتوا لما أصبح الوقت متأخراً . وفى رأيى أن عجز الأحرار عن التعرف على بعضهم البعض والعمل سويا نتيجة للشك الذى يغرس فى الغير كان من أهم من عاق التجمع ضد هتلر وديكتاتوريته .

وأخيرا يجدر بنا أن نشير إلى التغير الإجتماعى خاصة إذا كان سريعا . فأنماط السلوك ومكونات الشخصية ، كالموضات ، إذا كانت صالحة لوقت فإنها لاتصلح لوقت آخر . وهذا هو الأساس الذى يفسر به علماء النفس الاجتماعى الصراع بين جيل الآباء وجيل الابناء . فأنماط سلوك الآباء كانت صالحه لعصرهم ولم تعد صالحة لعصر الأبناء .

والمعروف أن الشباب أكثر مرونة وأكثر تقبلا للجديد ممن هم أكثر منهم سنا . والتغير الاجتماعى الناتج عن الثورات الاجتماعية أو السياسية يغير فى العادة أنماط سلوك جماعات بأكلها كما يحدث حين تسقط طبقة وتحل محلها طبقة أخرى . فالثورات الاشتراكية على سبيل المثال تجعل أنماط سلوك الطبقة التى كانت تسمى ارستقراطية بحكم الدم وبحكم الثروة وبالتالى وجود السلطة فى يدها غير صالحة

وغير مناسبة للتغير الذى يضع أبناء طبقة جديدة فى السلطة . ومن المعروف أن من يصلون إلى السلطة من أبناء الطبقة الوارثة للحكم هم الاكثر نشاطا وأكثر طموحا . ولكن بعرضهم فى العادة الاصالة والخبرة وفن الحكم مما يؤدى فى العادة إلى محاولاتهم لتصفية بعضهم بعضا . والتمسك بالمظهريات دون الاهتمام بالجوهر . فينتهى الامر إلى حكم الفرد والمزاج الشخصى للحاكم الجديد .

ومن اخطاء الثورات التقدمية اعتمادها دائما على من هم دون المستوى فى التعليم وفى الثقافة وفى المهارات الادارية والارتكاز على الايمان العقائدى وحده مما يجعل السبيل ممهدا امـــام المتسللين والادعياء من انصاف المتعلمين وانصاف المثقفين فتضع الثورات بذلك بينها وبين الكفاءات والعطاء حاجزا من عدم الثقة . فيتسلق الى الادارة والقيادة من هم أقل خبرة وعلما واقل اصالة :

وهكذا نجد أن التغير يؤدى إلى مايسميه علماء الاجتماع بالحراك الاجتماعى من أعلى إلى أسفل ومن أسفل إلى أعلى . كافتقار الغنى وثراء الفقير وزوال طبقة وقيام طبقة أخرى . ولابد أن ينعكس هذا على أفراد المجتمع ويتفق مع ماسبق أن ذكرناه من أن المجتمع المريض لابد وأن يفرز أمراضه على أبنائه . وإن كان السقوط أو الارتفاع الفردى له عنفه . فأقل منه عنفا سقوط أبناء طبقة بأكملها . لان الافراد يجدون العزاء فى مصائب بعضهم بعضا .

وأخيرا :

إذا كان المجتمع مريضا لن يجد فيه الفرد إلا الكراهية والشعور بالذنب بدلا من الحب والشعور بالامن .

العلاقة بالله

إذا شعر الانسان بالشدة فأول من يفكر فيه والإلتجاء إليهم أسرته ، فإذا لم يجد الأسرة لجأ إلى الناس : الاصدقاء والمعارف . فإذا لم يجد هؤلاء أو أولئك فإنه يلجأ إلى الله

والاتجاه إلى الله يتخذ نفس السبل التي تكلمت عنها كارين هورناي عن الاتجاه إلى الناس . فالانسان إما أن يتحرك نحو الله أو ضده أو بعيدا عنه نتيجة لخبراته

في الاسرة وفي المجتمع ولن نخوض هنا في نشأة مفهوم الله عند الطفل . ومن يرغب في ذلك يجد بغيته في كتابات العالم السويسري بياجيه وغيره ممن تناولوا هذا الموضوع نظريا وتجريبيا بالبحث والتمحيص . ويكفي أن نذكر بدلا من أننا نعلم أطفالنا أن الله تسبق رحمته عذابه . نفعل العكس . ويذكر المؤلف أنه سمع حوارا بين طفلين في الحضانة عمر كل منهما لايزيد على ثلاث سنوات . كان أحدهما يتهم الآخر بأنه أخذ قلمه وأنه لص وسيدخله الله النار . . فسأله المؤلف « من قال لك أن الله يدخل في النار .. ؟ .. فقال : أبله :

والواقع أن أطفالنا يشبون ونحن في المنزل وفي المدرسة وفي المجتمع وفي كل مجال لانعطيهم صورة عن الله غير صورة العقاب والعذاب والنار والانتقام وما إلى ذلك .

وعلى المستوى الواقعي في التفاعل الانساني إن التلميذ لايلجأ إلى معلم بمشكلته إذا كان المعلم قاسيا . ولايلجأ بها إلى أبيه إذا كان الاب متعاليا وبينه وبين أبنائه حجاب . فكيف يلجأ الناس بمشا كلهم إلى رب أخفيت عنهم رحمته . والانسان بشعوره بالذنب الذي يتكون لديه حتما نتيجة علاقته

بالاباء وفى تفاعله مع النـــاس يسعى للمغفرة إما بالتصوف الساذج والعبادة الطقوسية المتزمتة التى نادرا ما يجد فيها الحل . وإما بالابتعاد عن الدين وترك دينه خلف ظهره فيما نراه فى كثير من تحطـــم القيم الدينية التى تحكم سلوك الناس وإما بالالحاد ، والالحاد إنكار للقـــوى التى يمكن أن تحاسب وتعاقب . والحصيلة أن الفرد بدلا من أن يجد الله ملجـــأ ، ويجد عنده الحب والطمأنينه يولى عنــــه بشعور بالذنب وقلق وتوقع للعقاب الغيبى .

إن ما نود إبرازه هو أن العلاقة بأفراد الاسرة أو الناس أو الله التى يجب أن تنتهى بالشعور بالحب والامن . تنتهى غالبا عند بعض الناس بالكراهية والشعور بالذنب . والقلق أساس الاضطراب النفسى والمـــرض النفسى . الذى تبدو أعراضه فى حاجتين . الحاجة الملحة للقوة . والحاجة الملحة للاشباع الجسدى عن طريق اللذة الجنسية بانحرافاتها المختلفة .

مراجع القسم الثانى

أ ـ الاضطرابات النفسجسمية والعضوية فى المخ

1. Alexander, F., Psychosomatic Medicine, W.W. Norton & Co., New York, 1950.

2. Alexander, F. The influence of psychologic factors upon Gastro-Intestinal disturbances. In Silvan S. Tomkins, ed. Contemporary psychopathology, Harvard Un. Press, Cambridge Mass. 1944.

3. Alexander, F. & French, T. M. Psycboanalytic therapy. The Ronald Press Co., New York 1946.

4. Bellak, L. The emergency psychotherapy of depression. in No. 5.

5. Bychowski, G. & Despert, J. L. Specialized techniques in psychotherapy, Basic Books, Inc. New York 1953.

6. Landis, C and Bolles, M. M. Textbook of Abnormal Psychology, The Macmillan Co. New York 1950.

7. Netmiah, J. C. Fouudations of Psychopathology. Oxford Un. Press, New York : 1961.

8. Quay, H.C. (Ed.) Research in Psychopathology, D. Van Nostrand Co., New York : 1963.

9. Sperling, M. Psychotherapeutic Techniques in Psychosomatic medicine, in No. 5.

10. Tomkins, S. S. (Ed.) Contemporary Psychopathology, Harvard Un. Press. Cambridge, Mass, 1944.

11. Weiss, E., and O.S. English, Psychosomatic Medecine, 3rd edition, W.B. Saunders Co , Philadelphia, 1957.

12. WHO, Expert Committee on Mental Health. 12th report Training of psychiatrists. WHO. Tech. Report. Ser., 1963, No. 252.

13. .. .. 13th report, Psychosomatic Discrders. WHO Tech. Rep. Ser, 1964, No. 275

ب ـ التأخر العقلي والشيخوخة

1. Anastasi, A. and Foley J. P. J.r : Differential psychology 1949.

2. Garrison. K. C. : The Psychology of exceptional children 1950.

3. Heck, A. O. : The Education of exceptional children 1953.

4. Landis, C. and Bolles, M.M. : Textbook of abnormal psychology 1950.

5. Page, J. D. : Abnormal psychology, A Clinical Approach to psychological deviants, 1947.

6. Tredgold, A.F.: A Textbook of mental deficiency 1947.

8. WHO, Expert Committee on Mental Health, 6th report. Mental health problems of aging and the aged. WHO tech. rep. Ser., 1958, No. 171.

9. .. .. 15th report. Organization of services for the mentally retarded. WHO tech. rep Ser., 1968, No. 392.

7 Walsh, D. & McCarthey, P. D. Suicide in Dublin's elderly. Acta Psychiatrica Scaindinavica, 1965, 41(2), 227 — 235.

جـ - الجريمة وانحراف الاحداث

1. Aichhorn, A. : Wayward youth, New York : Meridian Book, 1955.

2. Andry, Robert G. : Delinquenoy and parental pathology, Springfield : Charles C, Thomas, 1960.

3. Bennett, Ivy : Delinquent and neurotic childern, New York : Basic Books, 1960

4. Bolby, John : Forty-Four juvenile thieves : Their character and home life, London : Bailliere, Tindall, and Coy, 1946.

5. Bromberg, W and Thompson, O. B. The relation of psychosis, mental defect and personality types to crime: J. crim. Law Criminol, 1937, 28, 70 — 89.

6. Cleckley, H. : The mask of sanity, St. Louis : C. V. Mosby Co., 1955.

7. Cottlieb, J. S, Ashby, M. C. and Knott, R J. Primary behavior disorders and psychopathc personality : Arch. Neurol. Psychiat, 1946, 56, 380 — 399.

8. Glueck, S. and Glueck, E.: Criminat careers in retrospect N.Y., Commonwealth Fund, 1943.

9. Hathaway, S. P. and Monachesi, E. : Analyzing and , predicting juvenile delinqueney with the MMPI. Minneapolis, Univers. of Minn. Press, 1953.

10. .. .. : Types of personality structure encountered in Child Guildance Clinics, American Journal orthopsychiatry Vol. XIV. No. 1 (January 1944). pp. 84 — 94.

11. Hewith, L.E, and Jenkins, R.L.: Fundamental Patterns of Maladjustment, Springfield; 1, 11. 1964.

12. Kahn E : Psychopathic Personalites, New Haven.: Yale Un. Press, 1931.

13. Karpman, B. Psychosis with psychopathicpersonality, an untenable diagnosis, Psychiatric Quarterly, 1951.

14. Kimberg, O.: On the concept of psychopathy, and the treatment of the so-called psychopaths, Theoria, 1946.

15. La Piere, R. T. and Farnsworth, P.R. Social psychology . New York : McGraw Hill. 1949.

16. Lindner, R. : Rebel without a cause, New York ; Grune and Stratton, 1914.

17. Lowrey, L. G. Delinquent and criminal personalities, in Personality and the behavior disorders, Edited. by J. McV. Hunt, 1944.

18. McCord, W and McCord, Joan : Psychopathy and delinquency, New York : Grune and Stratton, 1956.

19. Merrill, M : Problems of child delinquency, New York : Houghton Mifflin Co., 1947.

20. Partridge, G. E. Current conceptions of psychopathic Personality. : J. Amer, J. Psychiat, 1930, 10, 93—95

21. Prichard, J. C.: Atreatise on insanity and other disorders effecting the mind, London: Gilbert and Piper, 1935.

22. Rabin, A. I. Psychopathic (Sociopathic) personalities in (Hans Toch, Legal & Criminal Psychology, New York: Holt, Rinehart and Winston Inc.), 1961.

د - الجرائم الجنسية

١ - سعد جلال - فى الصحة العقلية - مؤسسة المطبوعات الحديثة - ١٩٥٦

٢ - صالح مصطفى - الجرائم الخلقية دار المعارف - ١٩٦٢

3. Branham, V. C. : Sexual Perversion, Encyclopedia of Criminology, Edited by V. C. Branham and S. B. Kutash 1949.

4. Ellis, A. The Sex offender in (Hans Toch, Legal and Criminal psychology, New York: Holt, Rinehart and Winston Inc.) 1961.

5. Fenichel, O : The Psychoanalytic Theory of Neurosis, 1945.

6. Kinsey, A.C. et al : Sexual Behavior in the Human Male, 1948.

7. .. .. : Sexual Behavoir in the Human Female, 1963.

8. Landis, C. and Bolles, M. M : Texibook of Abnormal Psychology, 1950.

9. Mullahy, P. : Oedipus Myth and Complex, 1948.

10. Thompson, Clara : Psyhoanalysis; Evolution and Development

ه ـ إدمان المخـــدرات

1. Armitaga, G. H. and Sim, M, Barbiturate addiction and Sensitivity Brit. J med. Psychol., 1960, 33, 149-155

2. Ausubal, D.P. Causes and Types of Narcotic Addiction : A Psychosocial View. Psychiat. Quart., 1961, 53, 523 —531 .

3. Bell, D.S. and Trethowan, W.H. Amphetamine Addiction J. Nerv. Mer. D.S. 1961, 133, 481 — 495.

4. Blackly, Paul. H., Pepper, Bertram, Scott, Winfield, and Baganz, Paul. Group Therapy and Hospitalization of Narcotic Addiction Arch, gen. Psychiat, 1961, 5, 393 — 396.

5 Cameron, Dale C. Addiction: Current Issues, American Journal of Psychiatry, 1963, 120 (4), 313 — 319

6. Chein, I. and Rosenfeld, Evan, Juvenile Narcotic Use; Law and Contemp, Probs, 1957, 22. 52 — 68.

7. Chessick, Richard D. The "Pharmacogenic Orgasm" in the drug addict. Ach, gen, Psychiat., 1960, 3, 545 — 556.

8. Chessick, R. D., Loof, D. H. and Price, H. G. The alcoholnarcotic addiction : Quart. J. Stud. Alcohol, 1961, 22 (2) 261 - 268.

9. Clark, John A. The prognosis in drug addiction. J ment, Sci, 1962, 108 (whole No. 455), 411—418.

10. Davidson, Henry A. Confessions of a goof ball addict. American Journal of Psychiatry, 1964. 120 (8) 750—756

11. De Pinto, R , Pinto, L. F., Sampaio, A., Sentos, D., Kruschawsky, C. Azvedo, V. Nazareth de Andrade A. and Silva N. Sociopsychological problems of cannablism Neurobiologia, 1962, 25 (3— 4), 9 — 19.

2. Eldridge, William B. : Narcotics and the law, A critique of the American experiment in narcotic drug control, New York : Univ. Press, 1962 XIV 204 p.

13 Fenichel, Otto : The Personality Theory of Neurosis, London: Aegan Paul, Trench, Trubner and Co. Ltd. 1946.

14. Finestone, H. Cats, Kicks and color, Soc. Probs, 1957, 5, 3 —13.

15. Frazier, T. L. Treating Young Drug Users. A case work approach. Soc WK, 1962 7 (3), 64 — 101.

16. Freedman, Alfred M., Sager, Clifford J. Rabiner Edwin L., and Brolman, R. E. Response of adult heroin addicts to a total therapeutic program. American Journal of Orthopsychiatry, 1963, 33 (5) 890 — 899.

17. Headlee, C. P., Coppock, H. W., and Nichols, J. R. Apparatus and technique involved in a laboratory method of detecting the addictivness of drugs : J. Pharmacent. Ass, Scient. Ed, 1955, 44 (4) 229 — 231.

18. Hirsch, R. Group therapy with parents of adolescent drug addicts : Psychiat Quart., 1916, 56, 702 — 710.

19. Joint Committee of the American Bar Association and the American Medical Association on narcotic drugs. Drug addiction : Crime or disease? Bloomington, Ind.: Indiana Univ. Press. 1961. XIV 173 p.

20. Laskowitz, David, and Einstein, Stanley. Personality characteristics of adolescent addicts : Manifest rigidity. Corrective Psychiatry and Journal of Social Therapy. 1963, 9 (4) 215 — 218.

21. Kolb, L. and A.G. Du Mez : Experimental addiction in animals to opiates : Publ Health Rep, Wash. 1931, 46, No. 13.

22. Laskowiz, David. The adolescent drug addict. An Adlerian view. J. Indiv. Psychol, 1961, 17, 68–78.

23. Lawton, M. Psychosocial aspects of cigarette smoking. J. Hlth, hum behav, 1962 3(3), 163 —170.

24. Lawton, J. J. J., and Malmquist, C. P. Gasoline addiction in children Psychiat, Quart, 1961, 35, 555 — 561.

25. Mauver, D. W. and Vogel, V.H. : Narcotics and narcotic addiction 2nd ed. Spring field Ill : Charles C. Thomas, 1962, XII, 339 p.

26. Ray, March B. The cycle of abstinence and relapse among heroin addicts. Soc. Probl., 1961, 9, 132 — 140.

27. Rosenfeld, H. A. On drug addiction Int. J. Psycho. Anal., 1960, 41, 475-475

28. Saavedra, Alfredo. The use of coca in Latin America. Acta neuropsiquiat Argent., 1959, 5, 143 — 149.

29. Savitt, Robert A. Psychoanalytic Studies on addiction; Ego Structure in narcotic addiction : Psychoanal, Quart, 1963. 32 (1), 43 — 57.

30. Seevers. M. H. Opiate addiction in the monkey. 11. Dilaudid in comparison with morphine, Heroin, and codeine. : J. Pharmacot, 1936, 56, 157 — 165.

31. Semereich, Carol. and Goes, Josahet Ferreira. Marijuana and mental disturbances. Neurobiologia 1962, 25, (3 — 4), 69 — 91.

32. Silverman, Lloyd H., Silverman, Doris K. Womb fantasies in heroin addiction : A Rorschach study. J. Proj Tech., 1960, 24, 52 — 63.

33 Spragg, S. D. S., Morphine addiction in chimpanzees. Comp. Psychol, Monog, 1940, 15, 1 — 132.

و - إدمان الخمر

1. Bacon, Margaret K., Barry, Herbert, & Child, Irvin L. A cross-cultural study of drinking : II. Relations to other features of culture. Quarterly Journal of Studies on Alcohol. 1965, Suppl., 3, 29 — 48

2. Blaire, Howard T. Trends in the prevention of alcoholism. Psychiatric Research Reports, 1968 No 24, 1 — 9.

3. Blum, Eva M. Psychoanalytic views of alcoholism. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1966, 27 (2), 259 — 299.

4 Chodorkoff, Bernard. Alcoholism and ego function. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1964, 25 (2), 292 — 299

5. Drew, Leslie R. Alcoholism as a self-limiting disease. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1968, 29 (4 — A), 956 — 967.

6 Kendell, R. E. & Staton, M. C. The fate of untreated alcoholics. Quarterly Journal of Studies on Alcohol 1966, 27 (1), 30 — 41.

7. Parnitzke, K.H., & Prüssing, O. Kinder alkoholsüchtiger Eltren (Children of chronically alcoholic parents.) Psychiatrie, Neurologia und Medizinische Psychologie, 1966, 18 (1), 1 — 5.

8. Rathcd, N. H., Gregory. E. Blows, Derek, & Thomas, G.H. A two-year follow-up study of alcoholic patients. British Journal of Psychiatry, 1966, 112 (488), 683 — 692.

9. Ravasini, Carlo; Malvasi, Zenaide, & Margoni. Clinical observations and poychopathological considerations on female alcoholism. Revista di Psichiatria, 1968, 3 (1), 69 — 92.

10. Wood, Howard P., & Duffy, Edward L. Psychological factors in alcoholic women. American Journal of Psychiatry, 1966, 123(3), 341 — 345.

11. .. .. 14th report, Services for the prevention and treatment of dependence on alcohol and other drugs. WHO Tech. Rep. Ser. 1967, No. 363.

ز ـ الانتحار

1. Barter, Jrmes T., Sweback, Dwight O., & Tcdd, Dorthy. Adolescent suicide attempts : A follow-up study of hospitalized patients. Archives of Ceneral Psychiatry, 1968, 19(5), 523 — 527.

2. Bergsma, J. Suicide and suicide ahettpts, especially in young people, Nederlands Tijdschrift Voor de Psychologie en haar Grensgebieden, 1966, 21 (4), 245 — 275

3. Bigras, Julian; Gauthier, Yvon, Bcuchard, Colite, & Tasse, Yolande. Suicidal attempts in adolescent girls : A preliminary study. Canadian Psychiatric Association Journal, 1966, 11 (Suppl), 275 — 282.

4. Bolin, Robert K., Wright, Rcbert E., Wilkinsen, Mary N., & Linder, Claie K. Survey of suicide among parlents on home leave from a mental hospital. Psychiatric Quarterly, 1968, 42 (1), 81- 89

5. Breed, Warren. Male suicide : Los Angeles and New Orleans ccmparad. Culletion ef Suicidclcgy, 1968, December, 11 — 14.

6. Dublin, Louis J. Suicide : An overview of a health and social problem. Bulletin cf Suicidology, 1968, December, 25 — 30.

7. Durkheim, Emile. Suicide. Ed. George Simson Trans. John A. Spaulding & George Simpson. NYC : Free Press, 1966.

8. Ettlinger, Ruth W. Suicides in a group of patients who had previously attempted suicide. Acta Psychitrica Scandinavica, 1964, 48(4), 363 — 378

9. Farberow, Normsn L. & Mc Evoy, Theodore L. Suicide among patients with diagnoses of anxiety reaction or depressive reaction in general medical and surgical hospitals. Journal of Abnormal Psychology, 1966, 71(4), 287—299.

10. Farberow, Norman L., Shneidman, Edwin S., & Neuringer, Charles. Case history and hospitalization factors in suicides of neuropsychiatric hospital patients. Journal of Nervous and Mental Desease 1966, 142(1), 32 — 44.

11. Giacanelli, Manlio. Attempt at suicide : Statistical study based on 383 cases. Zeitschrift für Psychotherapie und medizinsche Psychologie, 1965, 15(6), 252—256.

12. Gguld, Robert E. Suicide problems in children and adolescents. American Journal of Psychotherapy 1965, 19(2), 228 — 246.

13. Greer, S. Parental loss and attempted suicide : A further report British Journal of Psychiatry, 1966, 112(486), 465 — 470.

14. Haider, Ijaz. Suicidal attempts in children and adolescents, British Journal of Psychiatry, 1968, 114(514) 1133 — 1134.

15. Levi, L. David; Fales, Catharine H, Stein, Marvin, & Sharp, Vernon H. Separation and attempted suicide. Archives of Genernal Psychiatry, 1966, 15 (2), 158—164

16. Otto Ulf. Changes in the behavoir of children and adolescents preceding suicidal attempts. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1964, 40 (4), 386 — 400.

17. Pokorny, Alex D. A follow-up study of 618 suicidal patients. American Journal of Psychiatry, 1966, 122 (10), 1109 — 1116.

18. Prokupek, J. Seasonal occurance of suicide. Ceskoslovenska Psychiatrie, 1968, 94(1), 13 — 20.

19. Rensik, Harvez L. (Ed.) Suicidal behaviors : Diagnosis and management. Boston, Mass : Little, Brown & Co., 1968.

20 Seiden, Richard H. Suicide capital A Study of the San Francisco rate. Bulletin of Suicidology, 1967, December, 1 — 10.

21. Teicher, Joseph D, & Jacobs, Jerry Adplescents who attempt suicide: Preliminary. findings American Journal Psychiatry, 1966, 122 (11), 1248 — 1257.

22. TucKman, Jacob; Youngman, William F., & Kreizman, Garry. Multiple suicide attempts. Community Mental Health Journal, 1968, 4(2), 164—170

23. Waage, G. Suicide attempts among children and adolescents. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderdsychiatrie, 1966, 15(1), 1 — 12

24. Waltzer, Herbert. Depersonalization and self-destruction American Journal of Psychiatry, 1968, 125 (3), 399 — 401

25. Weisman, Avery D. The psychological autopsy and the potential suicide. Bulletin of Suicidology, 1967, December, 15 — 24.

مطبعة المصري
ت ٣٧٤٠٦



توزيع – ١/٥٠٣٦٦٦

١٢٥٠ م

٠٠٠٥٠٠